

11262  
22



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRIA RAMON DE LA FUENTE MURIZ  
PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN CIENCIAS  
MEDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
MAESTRIA EN CIENCIAS MEDICAS EN EL AREA DE PSIQUIATRIA**

**"RELACION ENTRE LOS MECANISMOS DE  
AFRONTAMIENTO QUE UTILIZAN LOS FAMILIARES  
MUJERES DEL PACIENTE ALCOHOLICO Y EL  
INDICE DE SEVERIDAD DE LA ADICCION"**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE**  
**MAESTRA EN CIENCIAS**  
**P R E S E N T A**  
**SARA INFANTE MURILLO**

*Tutora: Mtra. Guillermina Natera Rey*

*Cotutor: Mtro. Luis Solis Rojas*

MEXICO, D. F.



2003

A



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

Esta investigación se realizó en el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Becaria del CONACYT durante la elaboración del presente trabajo.

La Dirección General de Bibliotecas de la UNAM difundirá en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Sara Infante Muñillo

19-02-03

Sara Infante



## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Gerardo Heinze, a la Dra. María Elena Medina-Mora, a la Mtra. Guillermina Natera, al Dr. Luis Solís, al Dr. Hugo González por la oportunidad de trabajar de tiempo completo en el CAAF. Sin esto, no se hubiera podido concluir la recolección de la muestra.

A mi tutora, la Mtra. Guillermina Natera Rey, por su inacabable paciencia, por sus conocimientos, su experiencia, por todo el apoyo que me brindó en la revisión del manuscrito y en todos los detalles que hicieron que fuera posible la culminación de este proyecto.

A mis compañeros del CAAF, Dr. Luis Solís, Dr. Hugo González, Psic. Felipe Jiménez, Dr. Armando Rojas, Lic. Rosalba Tenorio, Mtra. Angeles Cruz, Psic. Evelia Fragoso, Dr. Reynaldo Díaz, Psic. Jorge Ancona y muy especialmente quiero agradecer a la Psic. Martha Cordero Oropeza, por compartir conmigo sus conocimientos, su ayuda y motivación en todo momento para terminar esta tesis.

Al Mtro. Jorge Villatoro, al Act. José García Núñez, al Lic. Carlos Cerón por su apoyo y orientación.

A mis padres, Mtra. Sara Murillo Caballero e Ing. José Manuel Infante Narváez (†) por despertar en mí el amor a la lectura y el interés en la ciencia. Por su ejemplo y apoyo incondicional.

A mis familiares, Edward Milburn, Elena Milburn y Ana María McClellan por su invaluable ayuda para conseguir libros y referencias bibliográficas en El Paso, Texas y en la Oregon Health Sciences University, de Portland, Oregon, Estados Unidos.

A todos los pacientes y familiares que compartieron conmigo una parte de su vida.

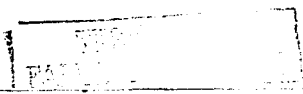


# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	i
<b>ABSTRACT</b>	ii
<b>I MARCO TEÓRICO</b>	
1. Revisión de las diferentes perspectivas que explican el papel de los familiares mujeres frente al abuso de alcohol	1
a) Personalidad alterada	1
b) Estrés	3
c) Psicosocial	4
d) Al-anón	5
e) Codependencia	6
f) Afrontamiento	9
1.2. Discusión de las diferentes perspectivas que explican el papel de los familiares mujeres frente al abuso de alcohol	10
2. Modelo de estrés y afrontamiento	13
a) El afrontamiento como un proceso	14
b) Funciones del afrontamiento	14
c) Otras posturas ante el estrés y el afrontamiento	15
2.1 Modelo de afrontamiento de Orford	17
¿Vinculación con otros modelos?	20
<b>II ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN DEL AFRONTAMIENTO Y LAS FAMILIAS CON PROBLEMAS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS BASADOS EN EL MODELO DE ORFORD</b>	23
México -Inglaterra - Australia	23



<b>III EVALUACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL CONSUMO DE ALCOHOL DEL PACIENTE</b>	<b>27</b>
Índice de Severidad de la Adicción (ASI)	27
a) Descripción del instrumento y áreas de evaluación	28
b) Propiedades psicométricas	28
c) Experiencias con el ASI en países hispanoparlantes	30
<b>IV DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE AYUDA AL ALCOHÓLICO Y SUS FAMILIARES (CAAF)</b>	<b>33</b>
a) Introducción	33
b) Objetivos del CAAF	34
c) Funciones del CAAF	34
<b>V METODOLOGÍA</b>	<b>36</b>
<b>1. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>36</b>
<b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>37</b>
<b>3. OBJETIVO GENERAL</b>	<b>37</b>
3.1. Objetivos específicos	37
<b>4. HIPÓTESIS O PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>38</b>
<b>5. MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>38</b>
5.1. Tipo de estudio	38
5.2. Universo de trabajo	38
5.3. Muestra	38
5.4. Criterios de inclusión y exclusión	39
5.4.1. Pacientes	39
5.4.2. Familiares	39
5.5. Variables	40
5.5.1. Características demográficas de pacientes y familiares	40
5.5.2. Parentesco del familiar con el paciente	40



5.5.3. Consumo excesivo de alcohol	40
5.5.4. Evaluación de la severidad del consumo de alcohol del paciente.	
Índice de severidad de la adicción (ASI)	40
5.5.4.1. Subescalas del ASI	41
5.5.4.2. Calificación del ASI	42
5.5.5. Tiempo de convivencia del familiar con el paciente	44
5.5.6. Número de años de consumo de alcohol del paciente	44
5.5.7. Mecanismos de afrontamiento familiar	44
Descripción del instrumento	44
Subescalas:	45
a) Involucramiento (controlador, emocional y asertivo)	45
b) Tolerancia (inactivo, tolerante y apoyador)	46
c) Separación (evitación e independencia)	46
5.6. Procedimiento	47
5.7. Análisis estadístico	47

## VI RESULTADOS

6.1. Características sociodemográficas de la muestra	48
6.1.1. Familiares	48
6.1.2. Pacientes	50
6.2. Identificación de los mecanismos de afrontamiento familiar por parentesco	51
6.3. Índice de Severidad de la Adicción en pacientes alcohólicos	53
6.4. Mecanismos de afrontamiento familiar y el número de años de consumo de alcohol del paciente	54
6.5. Mecanismos de afrontamiento familiar y tiempo de convivencia con el paciente alcohólico	55
6.6. Relación de los mecanismos de afrontamiento familiar con el índice de severidad de la adicción y con variables sociodemográficas	56
6.6.1. Mecanismos de afrontamiento familiar e índice de severidad de la adicción	56





6.6.2. Mecanismos de afrontamiento familiar y variables sociodemográficas	60
6.6.2.1. Edad	61
6.6.2.1. Escolaridad	62
6.7. Variables predictoras de los mecanismos de afrontamiento familiar	63
6.9.1. Involucramiento	64
6.9.2. Tolerancia	64
6.9.3. Separación	65
<b>VII DISCUSIÓN</b>	66
<b>VIII CONCLUSIONES</b>	72
Limitaciones del estudio	74
<b>REFERENCIAS</b>	75
<b>ANEXO I</b>	83
<b>ANEXO II</b>	86

TESIS  
A DE CANGEN

C

## ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS, CUADROS Y GRÁFICAS

<b>TABLA 1.</b> Diferencias entre la codependencia y el afrontamiento	12
<b>TABLA 2.</b> Clasificación del proceso de afrontamiento	16
<b>TABLA 3.</b> Mecanismos de afrontamiento familiar: conductas, emociones y cogniciones	19
<b>TABLA 4.</b> Algunas formas de afrontamiento según Folkman et al., (1986)	20
<b>FIGURA 1.</b> Mecanismos de afrontamiento familiar	21
<b>CUADRO 1.</b> Características demográficas de pacientes alcohólicos y de sus familiares	49
<b>CUADRO 2.</b> Porcentaje del parentesco de los familiares de los usuarios de alcohol	50
<b>CUADRO 3.</b> Número de años de convivencia familiar con el paciente y número de años de consumo de alcohol de éste	50
<b>CUADRO 4.</b> Porcentaje del número de criterios del DSM IV cubiertos por los pacientes alcohólicos	51
<b>CUADRO 5.</b> Diferencias en los mecanismos de afrontamiento familiar y parentesco. Medias de las subescalas y desviación estándar.	52
<b>GRÁFICA 1.</b> Mecanismos de afrontamiento en esposas y madres de pacientes alcohólicos	52



<b>CUADRO 6.</b> Media y desviación estándar de las subescalas del Índice de Severidad de la Adicción (ASI) en pacientes alcohólicos	53
<b>CUADRO 7.</b> Frecuencias de los pacientes alcohólicos por subescalas del Índice de Severidad de la Adicción (ASI)	54
<b>CUADRO 8.</b> Medias de las subescalas de los mecanismos de afrontamiento familiar y número de años de consumo de alcohol de los pacientes	55
<b>CUADRO 9.</b> Medias de las subescalas de los mecanismos de afrontamiento y tiempo de convivencia de los familiares con el paciente alcohólico	56
<b>CUADRO 10.</b> Medias de las subescalas de los mecanismos de afrontamiento familiar y severidades del área laboral del ASI en pacientes alcohólicos	57
<b>CUADRO 11.</b> Medias de las subescalas de los mecanismos de afrontamiento familiar y severidades del área familiar del ASI en pacientes alcohólicos	58
<b>CUADRO 12.</b> Mecanismos de afrontamiento familiar y severidades del área de uso de alcohol del ASI en pacientes alcohólicos	58
<b>CUADRO 13.</b> Mecanismos de afrontamiento familiar y severidades del área médica del ASI en pacientes alcohólicos	59
<b>CUADRO 14.</b> Mecanismos de afrontamiento familiar y severidades del área psicológica del ASI en pacientes alcohólicos	59
<b>CUADRO 15.</b> Coeficientes de correlación entre las subescalas del ASI y los mecanismos de afrontamiento familiar	60



I

**CUADRO 16.** Medias de los mecanismos de afrontamiento familiar y edad de los familiares (años) 61

**GRÁFICA 2.** Mecanismos de afrontamiento en familiares mujeres y edad 62

**CUADRO 17.** Medias de las subescalas de los mecanismos de afrontamiento y escolaridad de los familiares 63

**CUADRO 18.** Coeficientes del modelo de regresión lineal para el mecanismo de afrontamiento familiar de involucramiento 64

**CUADRO 19.** Coeficientes del modelo de regresión lineal para el mecanismo de afrontamiento familiar de tolerancia 65

**CUADRO 20.** Coeficientes del modelo de regresión lineal para el mecanismo de afrontamiento familiar de separación 65



7

## RESUMEN

### Relación entre los mecanismos de afrontamiento que utilizan los familiares mujeres del paciente alcohólico y el índice de severidad de la adicción (ASI)

**Objetivos:** 1) identificar las formas de afrontamiento que utilizan los familiares mujeres del paciente, 2) identificar el índice de severidad de la adicción (ASI) en pacientes alcohólicos; 3) identificar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento familiar según el número de años de consumo de alcohol del paciente; 4) identificar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento familiar de acuerdo con el tiempo de convivencia con el paciente; 5) determinar si las formas de afrontamiento se relacionan de maneras específicas de acuerdo con el ASI y variables sociodemográficas (edad y escolaridad) y 5) identificar las variables que predicen a los mecanismos de afrontamiento familiar.

**Material y método:** se realizó un estudio descriptivo, transversal y correlacional en 100 familiares y 100 pacientes alcohólicos. Se aplicó el cuestionario de mecanismos de afrontamiento familiar y el índice de severidad de la adicción, respectivamente.

**Resultados:** Las esposas utilizan más que las madres el involucramiento, la tolerancia y la separación. Al comparar estos mecanismos de afrontamiento entre ellas únicamente las diferencias fueron significativas en la subescala de separación ( $p = 0.016$ ). De manera general, en esta muestra de pacientes las áreas del ASI más afectadas son: alcohol, familia y empleo, todas dentro de la severidad media. No se encontraron diferencias significativas entre el afrontamiento y el número de años de consumo de alcohol del paciente y tampoco entre el afrontamiento y el tiempo de convivencia del familiar con el paciente. Se hizo una correlación de Pearson entre los mecanismos de afrontamiento familiar y las áreas del ASI y se encontró una correlación inversamente proporcional en el área legal y el involucramiento ( $r = -0.215$ ,  $p < 0.05$ ). Se encontraron diferencias significativas entre la edad del familiar y el mecanismo de separación ( $F = 3.43$ ,  $gl = 99$ ,  $p = 0.020$ ). No se encontraron diferencias significativas entre el afrontamiento y la escolaridad de los familiares. El modelo de regresión lineal ( $F = 1.906$ ,  $gl = 99$ ,  $p = .101$ ) para el mecanismo de involucramiento mostró al parentesco ( $p = .008$ ) y a la edad del familiar ( $p = .038$ ) como las variables predictoras; para el mecanismo de tolerancia ( $F = 2.530$ ,  $gl = 99$ ,  $p = .034$ ) fue la escolaridad del familiar ( $p = .017$ ). Finalmente, en el modelo de regresión lineal para el mecanismo de separación ( $F = 2.515$ ,  $gl = 99$ ,  $p = .047$ ) la variable predictorora fue la edad del familiar ( $p = .05$ ).

**Conclusiones:** las esposas utilizan más que las madres, los mecanismos de afrontamiento de involucramiento, tolerancia y separación con diferencias significativas en esta última subescala. Perfil de la muestra con el ASI, mayoritariamente severidad media en áreas de alcohol, familia y empleo. No existen diferencias significativas entre el afrontamiento familiar y los años de consumo de alcohol del paciente ni tampoco entre el afrontamiento familiar y el tiempo de convivencia con el paciente. Probablemente, se presenta más involucramiento en los familiares de pacientes con menos problemas legales. Existen diferencias significativas entre la edad de los familiares mujeres y el mecanismo de separación. No se encontraron diferencias significativas entre el afrontamiento y la escolaridad del familiar. Las variables predictororas para involucramiento fueron parentesco (esposas) y edad del familiar. Para la tolerancia fue la escolaridad del familiar y para la separación, la edad del mismo. Sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación no pueden ser generalizados.



## ABSTRACT

### Relation between coping mechanisms of female relatives of alcoholic patients and the addiction severity index (ASI)

**Aims:** To identify coping mechanisms used by female relatives of alcoholic patients; to identify the ASI in alcoholic patients; to identify possible differences in coping mechanisms and years of alcohol intake; to identify possible differences in coping mechanisms and years of living with the patient; to establish if coping mechanisms are related to the ASI and sociodemographic variables (age and relative's education) and to identify predicting variables for coping mechanisms

**Design:** descriptive, cross-sectional and correlational **Participants:** one hundred close female relatives, mainly spouses and mothers and their alcoholic husbands and sons, respectively. **Data sources:** Coping Questionnaire and the Addiction Severity Index

**Findings:** Spouses used more engagement, tolerant-inactive and withdrawal mechanisms than mothers. Significant differences were found between them in the withdrawal area ( $p=0.16$ ). In this sample of alcoholic patients, globally the most affected ASI areas were alcohol use, family and employment problems, all in medium severity. No significant differences were found between coping and years of patient's alcohol intake nor between coping mechanisms and years of living with the patient. The coping mechanisms were compared with six ASI areas (except drug use area), no significant differences were found in any of them. A Pearson correlation was calculated between coping mechanisms and ASI areas and an inversely proportional correlation was found between engagement and legal problems ( $r=-0.215$ ,  $p < 0.05$ ). Significant differences were found between relative's age and withdrawal ( $F = 3.43$ ,  $df = 99$ ,  $p = 0.020$ ). No differences were found between coping and relative's education. The linear regression model for engagement ( $F=1.906$ ,  $df = 99$ ,  $p= 0.10$ ) showed as predicting variables, relative's relationship (spouse) ( $p=0.08$ ) and relative's age ( $p= 0.38$ ). In the linear regression model for tolerant-inactive ( $F=2.530$ ,  $df = 99$ ,  $p= 0.34$ ) the predicting variable was: relative's education ( $p= 0.17$ ). The linear regression model for withdrawal ( $F=2.515$ ,  $df= 99$ ,  $p= 0.47$ ) showed relative's age as the predicting variable.

**Conclusions:** spouses used more the coping mechanisms such as engagement, tolerant-inactive and withdrawal than mothers. Significant differences were found between them in withdrawal area. General profile of the most affected ASI areas in this sample medium severity in alcohol use, family and employment problems. There are no significant differences between coping strategies and the patients' years of alcohol intake nor between coping mechanisms and years of living with the patient. In this sample, the female relatives of alcoholic patients with legal problems used more frequently the engagement coping strategies. Significant differences exist between age of female relatives and withdrawal mechanisms, but none were found between coping mechanisms and relative's education. Finally, best predicting variables for engagement mechanism were relative's relationship (spouses) and relative's age. For tolerant-inactive, best predicting variable was: relative's education and for withdrawal, relative's age. However, the results obtained in this research, cannot be generalized.



# RELACIÓN ENTRE LOS MECANISMOS DE AFRONTAMIENTO QUE UTILIZAN LOS FAMILIARES MUJERES DEL PACIENTE ALCOHÓLICO Y EL ÍNDICE DE SEVERIDAD DE LA ADICCIÓN

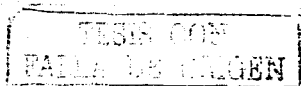
## I MARCO TEÓRICO

### 1. Revisión de las diferentes perspectivas para explicar el papel de los familiares mujeres frente al abuso de alcohol.

Se ha puesto mucha atención en el tema del alcohol y la familia en los últimos años. Los investigadores se interesan por los efectos del consumo de alcohol en los consumidores, en los miembros de la familia, como el feto no nacido, los hijos, pero principalmente en la esposa y en el sujeto que bebe. El objetivo de este capítulo es revisar brevemente algunas de las perspectivas que se han descrito para explicar el comportamiento de las esposas de los bebedores a lo largo de los años con respecto a su relación marital. Se hace énfasis en dos de las corrientes que han tenido mayor difusión, la codependencia y el afrontamiento.

#### a) Personalidad alterada

Esta perspectiva fue la primera que se postuló para tratar de explicar los problemas identificados en las esposas de alcohólicos. Las primeras investigaciones sobre el tema señalaron conflictos de dependencia (Lewis, 1937; Price, 1945). Futterman (1953) concluyó que existía evidencia clínica para afirmar que las esposas parecían favorecer, de manera inconsciente, el alcoholismo de sus esposos. Según este autor, debido a una fuerte identificación con una madre dominante, la esposa elige a un marido débil y dependiente. Esta relación simbiótica se altera cuando el sujeto deja de beber y la esposa se "descompensa". Whalen (1953) sugirió que las mujeres se casaban para llenar ciertas necesidades psicopatológicas y las describió de la siguiente manera: a) "Susan, la sufrida".



quien para castigarse elige a un marido que le haga la vida miserable; b)"Catherine, la controladora", necesita dominar a alguien y para eso elige un esposo débil; c)"Winnifred, la titubeante" quien para ser amada busca un marido débil que la necesite con desesperación y d)"Polly, la castigadora", quien necesita un esposo "castrado" para controlarlo y castigarlo.

En la década de los 60, Rae y Forbes (1966) describen a la "clásica" esposa del alcohólico, como "hostil al hombre, con un conflicto inconsciente con respecto a su propia sexualidad, que proyecta sus inadecuaciones hacia su esposo y encuentra en la bebida de él una defensa contra la certidumbre de sus propios conflictos" (p. 197). Edwards, Harvey y Whitehead, en 1973, revisaron los estudios principales sobre este tema y notaron que las esposas eran vistas como personalidades agresivas que se casaban con bebedores problema para llenar su necesidad de ser dominantes y de castigar a una figura débil. Se pensaba que las esposas resistían y saboteaban activamente los intentos del esposo de recuperarse pues, de lo contrario, ellas tendrían su propio "colapso psicológico".

Los estudios de Rae y Forbes (1966), mediante la aplicación del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), (en Hurcom, Copello y Orford, 2000), en 26 esposas, concluyeron que habían dos grupos distintos. La esposa de "personalidad alterada" con actitudes asociales, estrecha vida emocional, personalidad egocéntrica y con capacidad para una lealtad transitoria. El segundo grupo estaba conformado de esposas "esencialmente normales" con ansiedad y depresión pero quizá en relación con los estresores de la vida. Estos autores sugirieron que las esposas no podían ser vistas como un grupo unitario. Otros estudios posteriores de estos mismos investigadores sugirieron que las características de personalidad de las esposas eran determinantes para el resultado del tratamiento.

TEJAS COM  
FALLA DE ORIGEN



## b) Estrés

La perspectiva del estrés surgió en los 50 al mismo tiempo que se hacían observaciones acerca de la personalidad de las esposas. Jackson (1954) propuso que vivir con un bebedor era estresante y podría llevar a una reacción de crisis en la familia. Los miembros de la familia podrían sentirse culpables, avergonzados y aislados del apoyo social. En particular las afectadas eran las esposas, puesto que a sus ojos y a los ojos de la sociedad había fallado en su rol de cuidadora y protectora.

Jackson estudió a 50 esposas de un grupo de Al-anón durante 3 años. Describió varias etapas de la reacción ante el estrés: 1) se intenta negar el problema; 2) se intenta eliminar el problema; 3) desorganización de los roles familiares, se acepta el alcoholismo del esposo como algo permanente; 4) se intentan reorganizar los roles familiares, los resentimientos se transforman en actitudes piadosas y se asumen responsabilidades del esposo; 5) se intenta escapar del problema y separarse del esposo; 6) reorganización familiar sin el alcohólico; 7) recuperación del alcohólico y nuevo ajuste familiar.

Lemert (1960) intentó verificar la secuencia de eventos propuesta por Jackson ante el ajuste por la crisis del alcoholismo pero hasta la fecha esto no ha sido posible. Las investigaciones de Bailey, Haberman y Alksne (1962) y Haberman (1964) demostraron que se reportaban síntomas con menor frecuencia en mujeres que no vivían con un alcohólico activo. Por primera vez, se pensó que el ambiente actual tenía un papel importante en la determinación de la conducta de las esposas.

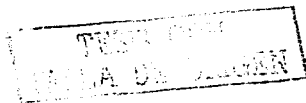


### c) Psicosocial

Este enfoque surge de la combinación de las perspectivas del estrés y de la personalidad alterada. Este modelo sugiere que tanto las dificultades preexistentes de personalidad y el estrés ambiental del momento contribuyen a la patología de la personalidad en las esposas. Las investigaciones de Kogan y Jackson (1965A y 1965B) ayudaron a modificar la idea de que las esposas eran las culpables de la manera de beber del esposo debido a sus propias necesidades patológicas. Kogan y Jackson (1965B) compararon 3 grupos de mujeres, el primero, de 26 mujeres cuyos esposos fueron bebedores problema pero al momento del estudio estaban en abstinencia; el segundo grupo, 50 mujeres casadas con bebedores activos y, un tercer grupo (control) de 50 mujeres casadas con no bebedores. Cada participante completó el MMPI y el Índice de Ansiedad de Welsh (en Hurcom, et al., 2000).

Concluyeron que ni la personalidad ni las hipótesis del estrés podían explicar los siguientes hallazgos: las esposas de los abstemios puntuaron menos que las esposas de los bebedores activos pero más que las esposas de los controles. Notablemente, las esposas de los abstemios no difirieron de manera significativa de los otros grupos en los puntajes del MMPI. Se hipotetizó que la relación entre la manera de beber del esposo y la alteración de la esposa podría ser: mediada por el estrés ambiental.

Según Jackson, (1954; 1956; 1959; 1962; en Edwards et al., 1973; p. 118) las esposas se veían "afectadas todo el tiempo por su propia personalidad, su rol y estatus previo en la familia, historia previa de la crisis actual y acciones efectivas anteriores (como permisividad o castigos), y también por su definición cultural de alcoholismo como evidencia de su debilidad o insuficiencia. Así, la conducta de las esposas de alcohólicos se describe en gran parte como una función de patrones



cambiantes de interacción y no únicamente como una consecuencia de una personalidad alterada o de un tipo de personalidad".

#### **d) Al-anón**

La relación entre el alcohólico y la familia no es una relación unilateral. La familia también afecta a la persona alcohólica y a su enfermedad. Algunas familias logran ayudar a que el alcohólico reconozca su necesidad de tratamiento. Otras pueden desalentarlo e inclusive estimularlo para que persista inmerso en el problema.

De acuerdo con los Grupos de Familia Al-anón (1992), un recurso importante para las familias de alcohólicos es el programa homónimo, donde no se necesita que el alcohólico esté en tratamiento. Ayuda tanto a familias de alcohólicos en recuperación como a familias de alcohólicos activos.

Al-anón se creó al reconocer el hecho de que el alcoholismo no sólo es problema del quien lo consume sino de la familia. Al-anón proporciona un programa de 12 pasos donde se le dice a las esposas, entre otras cosas que hay que poner las cosas en manos de un Poder Superior. Además se les asegura que no son la causa del alcoholismo de su esposo y que no pueden hacer nada para solucionarlo o curarlo.

En vez de eso deben tratar de ver al alcoholismo como responsabilidad estrictamente del bebedor y tener un desapego o desprendimiento de él canalizando sus esfuerzos en su propio beneficio (automejoramiento) (Wiseman, 1991). Según los Grupos de Familia Al-anón (1971), la esposa de un alcohólico puede pensar que sus problemas se derivan única y exclusivamente del alcoholismo, pero de forma general no es la sobriedad lo único que puede resolverlos.



Al-anón no se ocupa del divorcio, esa decisión le corresponde a la esposa. Confía en tratar de que permanezcan casados de forma satisfactoria. Quizá el aspecto más efectivo de Al-anón es lo práctico y la forma de acercamiento que ofrece la gente con experiencias parecidas. Al-anón puede servir como un coadyuvante importante a la psicoterapia (Lawson, Petersen y Lawson, 1983). Según Wiseman (1991) además, como ganancias adicionales se logran la sociabilidad y el apoyo emocional.

Tanto los Doce Pasos, adaptados de los de Alcohólicos Anónimos, como los lemas: *Hazlo con calma, Suelta las riendas y entrégaselas a Dios, Primero las cosas más importantes, Vive y deja vivir* proporcionan un punto de partida lógico para manejar muchas situaciones estresantes (Grupos de Familia Al-anón, 1992).

#### e) Codependencia

En los últimos años, el concepto de codependencia se ha utilizado para explicar una gran variedad de problemas que afectan a los miembros no bebedores de una familia incluyendo a las esposas. Hands y Dear (1994) hacen notar que este término se utiliza cada vez y con mayor frecuencia en el tratamiento de las adicciones.

La codependencia parece ser aceptada por un gran número de terapeutas, investigadores y clientes como un constructo válido y útil para explicar las dificultades de muchas personas afectadas por sus parientes que beben. Surge de las estrategias del tratamiento de los Doce Pasos y de la filosofía de Alcohólicos Anónimos (AA) y ha tenido un gran impacto en los grupos de autoayuda como Al-anón.

La codependencia comúnmente se refiere a una identidad basada en cuidar y responsabilizarse por otros. La codependencia se origina en una tendencia común

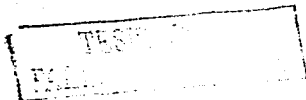


particularmente en hijas de "familias disfuncionales" para sobrecompensar la incapacidad parental asumiendo ese rol y desarrollando una sensibilidad excesiva a las necesidades de otros. Haaken (1990) refiere que el término codependencia es una expresión idiomática de salud mental que ha alcanzado un gran uso entre la literatura clínica popular en los últimos años.

A principios de los 80, Dowling (1981), a través de lo que ella denomina, "el complejo de Cenicienta" explica cómo las mujeres desde niñas, son enseñadas a ser dóciles y dependientes, llevando a cuestras esta "enfermedad incurable", debiendo mostrar resignación, fortaleza y estoicismo.

Para Cermak (1986), la codependencia es: 1) inversión continua de autoestima en la habilidad para influir o controlar los sentimientos propios y de otros a sabiendas de consecuencias adversas; 2) asumir la responsabilidad de las necesidades de otros excluyendo las propias; 3) ansiedad y distorsión de límites en situaciones de intimidad y separación; 4) quedar atrapado en relaciones con personas adictas, con trastornos de personalidad o impulsivas; 5) combinación de tres o más: emociones reprimidas con o sin arranques dramáticos, depresión, hipervigilancia, compulsiones, ansiedad, confianza excesiva en la negación, abuso de sustancias, abuso físico o sexual recurrente, enfermedades médicas relacionadas con el estrés y / o relación primaria con un adicto a sustancias por lo menos durante 2 años, sin buscar apoyo externo.

Beattie (1987) define: "una persona codependiente es aquella que ha permitido que la conducta de otra persona la afecte y que está obsesionada con controlar la conducta de esa persona" (p. 56). Algunas de las características principales de los codependientes, según esta autora, son: baja autoestima, represión, obsesión, control, negación, dependencia, límites y comunicación débiles, falta de confianza, ira, entre otros.



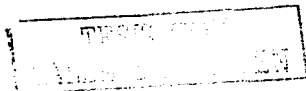
De ninguna manera, las características mencionadas previamente son generalizables o exhaustivas. La autora intenta representar un panorama global.

Para Hands y Dear (1994), otros puntos clave para distinguir a los codependientes son: confianza excesiva en otros para tener aprobación, sentido de validez (externa), cuidados excesivos, rescate de otros y compulsión para mantener estas características.

La codependencia converge en "amar demasiado", término popularizado por Robin Norwood (1985). Originalmente el concepto de "amar demasiado" lo aplicó en esposas de adictos o alcohólicos, denominándolas (según el caso) "coalcohólicas" por, inconscientemente, recrear y revivir aspectos significativos de su niñez. Para Norwood, las mujeres son programadas cultural y biológicamente para amar, sostener, ayudar y consolar a los demás quedando atrapadas en un círculo adictivo.

Como se mencionó previamente, la codependencia surge de la filosofía de AA y en ésta, el exceso de alcohol se ve como una enfermedad en la que el bebedor y su familiar no tiene control alguno. Según Cutland (1998) con mucha frecuencia el grado de dependencia de la esposa no se nota tanto hasta que el esposo tiene un periodo de recuperación y muchas se sorprenden por encontrarse tratando de sabotear lo que tanto anhelaban, la sobriedad y salud de su marido.

Para Cutland (1998), las codependientes a menudo son atraídas por alcohólicos debido a una poderosa necesidad de sentirse necesitadas. Esto les da un sentimiento temporal de estar completas. Surge como una manera de contender con el terrible caos de intentar vivir con la adicción sin ningún conocimiento o experiencia previa.



Un problema nuclear es la creencia que el problema es la falta de habilidad de la mujer para amar a su pareja y detener o controlar su manera de beber. Irónicamente, el problema es que no tiene la habilidad para amarse a sí misma combinada con la dificultad de comprender que no tiene poder alguno sobre la forma en la que bebe su pareja (Cutland, 1998). Para Cowan, Bombersbach y Curtis (1995), las críticas a la codependencia se han enfocado en lo amplio y nebuloso del término. Gotham y Sher (1996), por ejemplo, notaron que la codependencia se ha descrito como una adicción, un trastorno de personalidad, una condición psicosocial y un estilo interpersonal.

Hands y Dear (1994) sugieren que las descripciones de la codependencia han tomado el lugar de las definiciones del término y que estas descripciones se han elevado a diagnósticos en ausencia de evidencia empírica. En la codependencia, las familias son retratadas de manera unitaria con el bebedor patológicamente adicto al alcohol y los parientes patológicamente adictos al bebedor.

#### **f) Afrontamiento**

El afrontamiento deja atrás las ideas de alteración, anormalidad, victimización o enfermedad que otras perspectivas plantearon anteriormente para explicar el papel de las mujeres frente al consumo excesivo de alcohol de sus familiares. Esta conceptualización se hace más clara en la tabla 1 del inciso 1.2 con la comparación de la teoría más conocida que es la de la codependencia. En los siguientes capítulos se expondrá más ampliamente la teoría del afrontamiento y en especial la teoría de Orford (1992), ya que se tomó como base para el planteamiento de esta tesis.



## **1.2. Discusión de las diferentes perspectivas que explican el papel de los familiares mujeres ante el abuso de alcohol**

Desde finales de los años 30 y hasta finales de los 50 se contemplaba a la esposa de un alcohólico como una mujer agresiva, dominante que se casaba con él para satisfacer necesidades inconscientes patológicas a través del control, del castigo o del cuidado de su marido, entre otras. Sin embargo, esta visión de la "personalidad alterada" de las esposas tuvo múltiples críticas por la metodología y las discrepancias de los hallazgos con otros estudios. De los estudios realizados de 1962 a 1966 mediante el MMPPI, el Índice de Alteraciones Psicofisiológicas y el Interpersonal Check List, los autores no lograron establecer la existencia de un tipo de personalidad único o de características únicas en las esposas de alcohólicos (Edwards et al., 1973). Por otra parte, aunque en un principio algunos autores como Futterman (1953) afirmaron que si los esposos dejaban de beber, la personalidad de la esposa "se deterioraría", otros como Bailey et al., (1962) y Haberman (1964), encontraron exactamente lo contrario.

De acuerdo con Jacob, Favorini, Meisel y Anderson (1978), los estudios en esposas se hicieron con limitaciones metodológicas como muestras pequeñas y no representativas, falta de medidas confiables y grupos control y lo más importante, la tendencia de estudiar parejas donde el bebedor ya estaba en tratamiento. La revisión de Orford (1975) sugiere, sin embargo, que factores adicionales ambientales referentes a la elección, el poder, entre otros, afectan la decisión de permanecer o no en esa relación.

En contraposición de la perspectiva de la personalidad alterada surgió la del estrés siendo uno de los principales representantes, Jackson (1954) proponiendo a la familia como una unidad que se adapta o se ajusta al alcoholismo de uno de sus miembros a través de una serie de fases que ningún otro autor ha podido comprobar (Natera, Herrejón y Rojas, 1988). Sin embargo, como se mencionó

TEMPORAL  
FALLA DE ALIEN



previamente, el afrontamiento tiene que ver con el manejo de las demandas internas o ambientales (estresores) cuando se exceden los recursos personales (Lazarus y Folkman, 1984). Es decir, la perspectiva del afrontamiento y la del estrés se enfocan no sólo en el individuo sino también en su entorno. Ambas perspectivas ven a las esposas como agentes activos y orientados al problema que tratan de contender con el estrés del consumo excesivo de alcohol.

Los estudios de Kogan y Jackson (1965A y 1965B; en Hurcom et al., 2000) en lo que respecta a la perspectiva psicosocial, representaron un avance pues ayudaron a desplazar la idea de "que las esposas eran las culpables o responsables del alcoholismo de sus maridos debido a sus necesidades inconscientes patológicas. Todavía existía la tendencia de confiar en un modelo simplista de causa efecto. Además, se pensaba que las esposas eran personas diferentes a las "normales" bien fuera por experiencias en su infancia o por el estrés de vivir con un alcohólico. De alguna manera, las esposas permanecieron como víctimas de su pasado o presente y se pensó que desarrollarían una personalidad alterada como resultado" (p.485).

El afrontamiento "reta" al punto de vista tradicional del Al-anón que contempla a las esposas como "unidas" o "separadas" con amor. Aunque se persigue que logren su propio beneficio (automejoramiento) y que responsabilicen al bebedor de su consumo, también considera que pongan las cosas en manos de un Poder Superior. Como se mencionó previamente, el afrontamiento considera a las mujeres como individuos activos que contienden con el estrés del consumo excesivo de sus parejas.

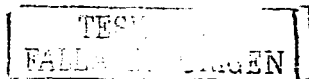
Orford et al., (1998) sugieren que el afrontamiento puede ser diferencialmente efectivo en situaciones cambiantes y cuando se tome en consideración al resultado del consumo de alcohol. En la tabla 1 se comparan las diferencias entre las perspectivas de la codependencia y del afrontamiento.

**Tabla 1. Diferencias entre la codependencia y el afrontamiento**

CODEPENDENCIA	AFRONTAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La conducta del familiar del alcohólico se ve como enferma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La atención se orienta al contexto donde vive la gente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera enfermizas algunas características femeninas socialmente autorizadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No utiliza criterios de victimización y enfermedad.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifica a la familia más por sus deficiencias que por sus fortalezas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investiga cómo los familiares lidian con los eventos estresantes.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera a la mujer como parte del problema; la etiqueta como adicta (al alcohólico). Generaliza: cualquier persona que viva con un adicto es codependiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfatiza la necesidad de conocer cómo las esposas u otro familiar responden a incidentes específicos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etiqueta a la mujer o al familiar del alcohólico sin posibilidad de cambio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera que existen posibilidades de cambio en ellas mismas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Define a la mujer u otro familiar como enfermos y adictos a las relaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considera que las mujeres u otros familiares son personas comunes, normales en condiciones anormales.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desconoce los dilemas que sufren los familiares y el que no saben cómo manejar el estrés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sugiere otra forma de pensar en el problema.</li> </ul>

Basada en Cutland (1998) y Orford (1998).

En resumen, se han mencionado las críticas a las distintas perspectivas que explican el papel de las mujeres ante el consumo de alcohol de sus familiares y en particular se han enfatizado las diferencias con el afrontamiento. Se eligió a esta perspectiva para este trabajo por las siguientes razones: toma en cuenta a la mujer como individuo y a su contexto ante el estrés de vivir con un alcohólico, se consideran posibilidades de cambio en ella misma, no se le etiqueta y no se toma en cuenta su historia personal, partiendo entonces de las circunstancias actuales y presentes. Además de que existen antecedentes de investigación que sustentan el modelo.



## 2 Modelo de estrés y afrontamiento

A continuación se comentan algunos principios desarrollados por Susan Folkman, Richard Lazarus y Rudolf Moos a la luz de la teoría del estrés. El concepto de "coping" o afrontamiento al estrés es reconocido ampliamente en el campo de la Psicología. Los planteamientos tradicionales de este concepto surgen de dos metodologías distintas: por un parte, la experimentación animal que lo define en función de los actos que controlan las condiciones aversivas por un lado, y la psicología psicoanalítica del Yo – que lo relaciona fundamentalmente con la cognición – por otro. Los sistemas de afrontamiento al estrés basados en la cognición se refieren a una jerarquía de estrategias que van desde mecanismos inmaduros o primitivos hasta mecanismos más complejos y evolucionados (Murphy, 1960; Díaz – Guerrero, 1965; Marsella, 1988, en González Forteza, Pick, Collado, Álvarez y Jiménez, 1996).

Acerca del afrontamiento, en la literatura se han mencionado con frecuencia "estilos" y "rasgos". Para Lazarus y Folkman (1984), existe una diferencia entre ellos. "Los rasgos de afrontamiento se refieren a las características del individuo que lo predisponen a reaccionar de una manera determinada. El concepto de estilo es similar al rasgo, difiriendo de éste principalmente en una cuestión de grado: el estilo hace referencia a formas más amplias de designar individuos o situaciones" (p.162). En otras palabras, "el estilo se refiere a características de personalidad" (Lazarus, 1993; p.234). De acuerdo con este planteamiento el afrontamiento es un proceso y no un rasgo, implicando además una diferencia con una conducta automática.

Según Lazarus y Folkman (Op. cit.), el afrontamiento se define como "aqueellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (p.164).



### **a) El afrontamiento como un proceso**

Considerándolo de esta forma, el afrontamiento tiene tres aspectos fundamentales: 1) el que se refiere a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace; 2) lo que el sujeto realmente piensa o hace se analiza dentro de un contexto específico; es decir, los pensamientos y acciones son dirigidos hacia condiciones particulares. Entre más definido esté el contexto más fácilmente se asociará un pensamiento o acto de afrontamiento con una demanda del entorno; 3) hablar de un proceso de afrontamiento es hablar de un cambio tanto en pensamiento como en acciones, en la medida en que se desarrolla. Por ejemplo, en un determinado momento, un individuo puede utilizar estrategias defensivas y en otro, aquéllas que resuelvan el problema, dependiendo del cambio que se dé en su relación con el entorno. La dinámica del proceso de afrontamiento implica cambios como consecuencia de continuas evaluaciones y reevaluaciones de la relación sujeto-entorno (Lazarus y Folkman, Op.cit.).

### **b) Funciones del afrontamiento**

La función del afrontamiento se relaciona con el objetivo que persigue cada estrategia pero no se define en términos de resultados. Es decir, el afrontamiento es independiente de éstos. De acuerdo con Lazarus y Folkman (Op.cit.), el afrontamiento tiene dos funciones principales: "manipular o alterar el problema con el entorno causante (afrontamiento dirigido al problema) y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción)" (p.201). Ambos se influyen uno al otro y pueden potenciarse o interferirse.

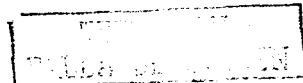
La forma de afrontamiento de un sujeto se determina por sus recursos disponibles "(como la salud y la energía física), las creencias existenciales (como la fe en Dios), las creencias generales sobre el control, los compromisos que tienen una

propiedad motivacional que puede ayudar al afrontamiento, los recursos para la resolución de problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales" (Lazarus y Folkman, Op.cit., p.201). El afrontamiento también se determina por las limitantes de los recursos disponibles; es decir valores y creencias culturales interiorizadas que proscriben ciertas conductas y déficits psicológicos. Otras limitantes son ambientales, e incluyen a aquellas que compiten por los mismos recursos o factores amenazantes para el individuo (Lazarus y Folkman, Op.cit.). Se sabe que, los estresores cambian a medida que el sujeto va envejeciendo y por lo tanto, también se modifica el afrontamiento (Lazarus, 1993).

### **c) Otras posturas ante el estrés y el afrontamiento**

Para Moos, Finney y Cronkite (1990) el afrontamiento está integrado por tres dominios o áreas. Primero, el afrontamiento enfocado a la evaluación, donde los esfuerzos están dirigidos a redefinir el significado de un estresor potencial. Segundo, el afrontamiento enfocado al problema, donde se toman acciones para reducir o eliminar el estrés. Tercero, el afrontamiento enfocado en la emoción donde el individuo intenta manejar las emociones que surgen de la situación. Al notar que estas categorías no se excluyen mutuamente y como antecedendo a la clasificación mencionada de forma previa, Moos y Billings (1982) propusieron el esquema que se observa en la Tabla 2.

Más aún, Moos et al., (Op. cit.) distinguen entre un afrontamiento "activo" (cognitivo y conductual) y un afrontamiento "evitativo". Mientras que las primeras estrategias se caracterizan por intentos de alterar la situación, las últimas involucran la evitación de una confrontación del problema y se enfocan en técnicas indirectas de reducción de tensión. Al estudiar a la familia con problemas de alcoholismo, Finney, Moos, Cronkite y Gamble (1983) proponen un modelo de estudio tridimensional: 1) reconocer que el funcionamiento es afectado no sólo por la severidad del problema del patrón del consumo del cónyuge, sino también por



otras características de la pareja, tales como ansiedad, depresión, funcionamiento ocupacional, etc; 2) incorporar otros elementos medioambientales que provocan presiones y 3) conocer el estilo de afrontamiento de la esposa y de la familia, así como su influencia mutua.

**Tabla 2. Clasificación del proceso de afrontamiento**

<b>Afrontamiento enfocado a la evaluación</b>	<b>Análisis Lógico</b>	Identificación causal del problema, poniendo atención en un aspecto de la situación al mismo tiempo, recordando experiencias previas importantes y ensayando mentalmente posibles acciones y consecuencias.
	<b>Redefinición cognitiva</b>	Se incluyen estrategias cognitivas donde el sujeto acepta la realidad básica de la situación pero la reestructura para encontrar algo favorable. Por ejemplo, el recordarse que las cosas podrían estar peor, que algo bueno saldrá, modificar prioridades o valores según la realidad cambiante.
	<b>Evitación cognitiva</b>	Se niega el miedo o la ansiedad ante el estrés, se trata de olvidar la situación, se niega la existencia del problema, surgimiento de las fantasías en contraposición del problema real.
<b>Afrontamiento enfocado en el problema</b>	<b>Búsqueda de información o consejo</b>	Se busca más información sobre una situación determinada, se obtiene guía de una autoridad, se habla con la esposa u otros familiares o amigos sobre el problema, se solicita ayuda específica (dinero, por ejemplo).
	<b>Solución de problemas</b>	Hacer planes alternos con acciones específicas para enfrentar directamente a la situación, aprendiendo nuevas habilidades dirigidas a éste con el compromiso de tratar y resolver el problema.
	<b>Desarrollo de recompensas alternas</b>	Intentos de contender con la situación problemática cambiando las actividades propias, creando nuevas fuentes de satisfacción. Por ejemplo construcción de un nuevo círculo social, desarrollo de mayor autonomía e independencia, voluntariados, etc.
<b>Afrontamiento enfocado a la emoción</b>	<b>Regulación afectiva</b>	Esfuerzos directos para controlar la emoción surgida de un problema al posponer conscientemente el poner atención a un impulso (supresión), "trabajar" los sentimientos tratando de no ser molesto por conflictos, manteniendo una sensación de orgullo y tolerando la ambigüedad de impedir una acción inmediata.
	<b>Aceptación resignada</b>	Acciones como "darle tiempo al tiempo", esperando que éste resuelva el problema, esperar lo peor, aceptar la situación como es, decidir que no se puede hacer nada para cambiar las cosas, someterse al "destino".
	<b>Descarga emocional</b>	Se incluyen expresiones verbales, llanto, fumar, comer en exceso, acciones impulsivas. Estas respuestas pueden implicar una falla en la regulación afectiva, pero se categorizar separadamente para distinguir a los individuos que alternan entre el control y la descarga emocional.

Tomada de Moos y Billings (1982)

## 2.1 Modelo de afrontamiento de Orford

A manera de introducción, cabe mencionar que la perspectiva de Orford surgió a finales de la década de los 60 (Orford y Guthrie, 1968). En este enfoque, los miembros de las familias donde existe un consumo excesivo de alcohol, responden de manera natural con tácticas y estrategias con el fin de controlarlo. Se ha visto que estas formas naturales son semejantes tanto en familias con problemas de alcohol como de drogas (Orford, 1990).

El concepto de afrontar abarca todo un abanico de respuestas que incluye acciones deliberadas efectuadas con un fin concreto, por ejemplo: prohibir que se beba en el hogar, no darle dinero al usuario, buscar ayuda externa etc. Por otro lado, también abarca reacciones emocionales y cognitivas como enojarse, aterrorizarse y no hacer nada, discutir, solaparse a sí mismo, asumir responsabilidades del usuario, entre otras. Estas formas son los recursos naturales para el tratamiento y la prevención (Natera, 1990; Orford, 1998).

Según Natera (Op.cit.), este modelo asume que los familiares responden a tensiones no producidas por ellos mismos y que no sólo estas estrategias pueden ser adaptativas sino también contraproducentes, pues pueden mantener el consumo excesivo de alcohol o drogas.

Para Orford (1998), este modelo tiene como puntos principales los siguientes: 1) el consumo excesivo de alcohol es estresante tanto para quien lo consume como para sus familiares más cercanos; 2) los familiares no están preparados para vivir con un alcohólico y afrontar todo el estrés que conlleva y 3) los familiares están frente a numerosos dilemas y dificultades para entender lo que está mal en la familia y la forma de resolverlo; 4) algunas de las estrategias son más efectivas que otras ya sea impactando en el usuario o en el bienestar y salud del familiar o en ambos y 5) los familiares pueden ser ayudados por otros familiares, amigos del

bebedor, vecinos, compañeros de trabajo o profesionales. Lo que es sorprendente es que en muchas ocasiones falla el apoyo para mantener estas formas de afrontamiento.

Ahora bien, aunque el afrontamiento se refiere a estrategias individuales (por ejemplo, cuando la esposa esconde las botellas de brandy del marido) también, se pueden adoptar estrategias de manera colectiva (Natera, Op. cit.). Es decir, cuando la familia en conjunto hace frente al problema, (por ejemplo, cuando todos evitan al usuario o de manera caótica, cuando todos los miembros afrontan de manera diferente).

Sin embargo, de acuerdo con Orford (1992) a lo largo de algunas de sus investigaciones donde se entrevistaron a esposas, padres, hermanas y otros familiares, todos mencionaron la falta de apoyo dentro de la misma familia e identificó algunas razones para esto: falta de comunicación, vergüenza, aislamiento, apoyo de los demás hacia el usuario, desacuerdo con las formas de afrontamiento manifestadas.

Se han establecido algunas de las dimensiones principales de las formas de afrontar usadas por las esposas y los hijos de consumidores problema. Se han identificado ocho diferentes formas de afrontar: **emocional** (discutir, rogar, etc); **tolerancia** (encubrir, consumir alcohol o drogas con el usuario, etc); **controladora** (buscar la bebida o droga del usuario, tratar de interferir con su abastecimiento, etc); **evitativa** (aislarse, no hablar, etc); **inactiva** (mostrar indecisión, preocupación constante sin acción, etc.); **confrontativa o asertiva** (explicar los propios sentimientos, formular las propias expectativas, etc); **independiente** (conservar o desarrollar nuevas relaciones, intereses); **apoyadora del usuario** (mostrar disposición a hablar con el usuario, alentar acciones positivas, etc) (Natera, 1990; Natera y Orford, 1995; Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, Bradbury, Bowie, Copello y Velleman, 1998; Orford, Rigby, Miller, Tod, Bennett y Velleman,



1992). Cada una de estas formas de afrontamiento presenta ventajas y desventajas y son utilizadas de manera paralela, en diferentes momentos o cambiando una por otra.

Más allá de la tipología misma, es importante mencionar: 1) la inseparabilidad de las acciones (conductas), las emociones y las cogniciones y 2) la combinación de estos tipos "puros" de afrontamiento. Por ejemplo, la mezcla de tolerancia, apoyo y control parecen ser comunes. Eventos aislados pueden contener varios elementos de distintas formas de afrontamiento como los "intentos de rescate". En otros momentos, los familiares pueden utilizar estrategias contrastantes como la tolerancia y la confrontación (Orford, et al., 1992). En la siguiente tabla, se ejemplifica la inseparabilidad de conducta, emoción y actitud (cognición) de las estrategias de afrontamiento mencionadas anteriormente.

**Tabla 3. Mecanismos de afrontamiento familiar: conductas, emociones y cogniciones**

Conducta (acción)	Emoción	Cognición (actitud)
Control	Preocupación, desesperación.	Debe haber algo que pueda hacer.
Emocional	Enojo, confusión, sentirse ofendido.	No es justo. Es su culpa. Se aprovecha de mí.
Evitativa	Tristeza, amargura, sentirse ofendido.	Es mejor separarnos. Entre menos tiempo estemos juntos, mejor.
Inacción	Confusión, temor, desesperanza, indiferencia.	No sé qué hacer. No quiero pensar en ello. Es su cuerpo. No importa.
Tolerancia	Culpa, preocupación, impotencia.	Los demás no lo entienden. Puede ser que sea mi culpa lo que le pasa.
Apoyadora del usuario	Amor, optimismo.	No he perdido las esperanzas. Quiero estar con él/ella.
Confrontativa (Asertiva)	Calma, fortaleza.	Tengo que ser firme. Es mejor ser duro. Está bien que sepa como me siento.
Independencia	Auto confianza.	Tengo mi propia vida que seguir. No puedo ayudarlo si yo fracaso.

Tomada de Orford, et al., 1992.

## ¿Vinculación con otros modelos?

Orford, et al., (1992), confrontan su modelo con el de Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen (1986) planteando posibles relaciones entre ambas teorías, con una discusión muy interesante entre ellas. Al parecer, 4 de los factores identificados por los segundos, parecieran vincularse con la tipología de mecanismos de afrontamiento propuesta por los primeros.

Por ejemplo, el afrontamiento *confrontativo* de Orford et al., (Op. cit.) parecería corresponder bien al *confrontativo y al dirigido a la solución de problemas* de Folkman et al., (Op. cit.) La *evitación - escape* Folkman et al., (Op. cit.) podría corresponder parcialmente al afrontamiento *emocional, inactivo y evitación* de Orford et al., (Op. cit.). El *distanciamiento* de Folkman et al., (Op. cit.) quizá combina elementos de la *confrontación e independencia* de Orford et al., (Op. cit.) pero tiene mayor componente cognitivo. El afrontamiento *controlador* de Orford et al., (Op. cit.) pareciera no tener equivalente en los factores identificados por Folkman et al., (Orford, et al., Op.cit.). En la tabla 4 se describen ejemplos de las distintas formas de afrontamiento descritas por Folkman et al., (Op. cit.).

**Tabla 4. Algunas formas de afrontamiento según Folkman et al., (1986)**

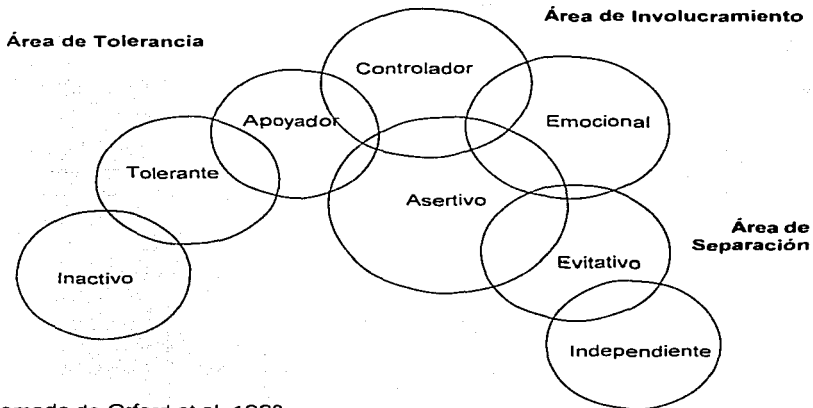
FORMAS DE AFRONTAMIENTO	EJEMPLOS
Afrontamiento confrontativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar que la persona se haga responsable de su cambio.</li> <li>• Expresar enojo o ira a quien causa el problema.</li> <li>• Sacar los sentimientos de alguna forma.</li> </ul>
Afrontamiento dirigido a la solución de problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saber lo que tenía que hacerse, duplicar esfuerzos para lograrlo.</li> <li>• Trazar un plan de acción y seguirlo.</li> <li>• Hacer cambios para que las cosas salgan bien.</li> </ul>
Distanciamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir como si no pasara nada.</li> <li>• Negarse a pensar demasiado en el problema o tratar de olvidarlo.</li> </ul>
Evitación - escape	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esperar un milagro.</li> <li>• Desear o fantasear sobre resultados de algo.</li> <li>• Tratar de sentirse mejor bebiendo, fumando, comiendo, drogándose, etc.</li> </ul>

Tomada de Orford, et al., (1992).



Para 1998, como resultado de investigaciones de Orford et al., (Op. cit.) se replantea la estructura de los mecanismos de afrontamiento. Con una muestra de 107 familias mexicanas y 100 familias inglesas se hizo el análisis cualitativo y cuantitativo de éstos. Se encontró que existen combinaciones o formas híbridas. La primera área incluye 3 tipos, **controlador, emocional y asertivo**. La segunda área incluye a la **tolerancia, la inacción y el apoyo**. La tercera, la **evitativa**, se combina con la **independiente**. De acuerdo con sus resultados, los autores proponen 3 grandes áreas de afrontamiento: **involucramiento, tolerancia y separación** traslapándose unas con otras (Orford, 1998; Orford, et al., 1998). En la figura 1 se observa la forma en que se traslapan las 3 áreas de afrontamiento arriba mencionadas.

**Figura 1. Mecanismos de afrontamiento familiar**

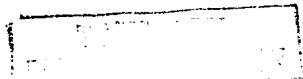


Tomado de Orford et al, 1998.

Desde este punto de vista, el afrontamiento visualiza al consumo excesivo de alcohol dentro de la familia como un desastre sin función alguna. Es un riesgo para la salud y bienestar de los familiares y también del bebedor y es necesario encontrar maneras de contener con esto y con sus consecuencias. El riesgo para esta perspectiva es que se culpe al bebedor. Esto puede ser contraproducente, puesto que ya de por sí, ellos "cargan" con mucha culpa y podría ser uno de los factores que mantienen el problema (Orford, 1998).

Desde esta perspectiva, la culpa es de la bebida. Al bebedor no se le culpa ya que las causas son múltiples, muchas podrían estar en los antecedentes del sujeto o causas externas a éste como la venta y promoción de las bebidas alcohólicas, estresores pasados, hábitos de consumo de amigos o colegas y el marco legal del grupo cultural del individuo. Tal como los familiares "caen" de manera "ingenua" en este problema, el bebedor no busca de manera voluntaria las consecuencias del consumo excesivo (Orford, Op. cit.).

De manera global, podría concluirse sobre los temas: Modelo de estrés y afrontamiento y Modelo de afrontamiento de Orford, lo siguiente: el modelo en el que se basa este trabajo de investigación es el propuesto por Orford donde se define a los mecanismos de afrontamiento como formas naturales que utilizan los familiares ante el consumo excesivo de alcohol. Estas estrategias son cambiantes y lo que fue útil en un momento podría no serlo en otro. Pueden utilizarse a la misma vez varios diferentes, traslapándose unos con otros, como se mencionó anteriormente. Se incluyen conductas, emociones y pensamientos o actitudes de distintos tipos con el fin de lograr el bienestar físico y mental. Como se describió en este capítulo, existen otros autores (Lazarus, Folkman, Moos, entre otros) que han clasificado al afrontamiento de manera diferente, sin embargo coinciden con Orford en que el afrontamiento tiene factores cognitivos, conductuales y emocionales.



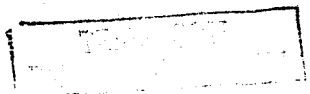
## II ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN DEL AFRONTAMIENTO Y LAS FAMILIAS CON PROBLEMAS POR CONSUMO DE ALCOHOL Y DROGAS BASADOS EN EL MODELO DE ORFORD

México – Inglaterra - Australia

Se ha señalado que la familia puede ser la promotora de problemas sociales como las adicciones, aunque se sabe que éstas son multicausales y de manera paradójica se considera a la familia como un recurso para evitarlas o prevenirlas (Natera y Orford, 1989; Natera, Tiburcio, Mora y Orford, 1999). Se ha dicho que un paciente alcohólico afecta a por lo menos cuatro miembros de su familia, consecuentemente las familias necesitan aprender como afrontar este problema (Natera y Orford, Op. cit.; Natera y Nava, 1993). De acuerdo con Natera (1990), uno de los enfoques de investigación sobre el abuso de alcohol en las familias se refiere a la forma como sus miembros responden de manera natural a los problemas del alcohol en el hogar, así como las tácticas y estrategias que adoptan en el intento de controlar el abuso y sus consecuencias.

Según Natera (Op. cit.), la palabra *afrontamiento* no se limita únicamente a estrategias muy bien pensadas o articuladas, ni tampoco a las maneras de entender o responder que el familiar crea que serán las efectivas, aunque también se incluyen todas éstas. Se incluyen sentimientos, tácticas probadas una o dos veces y dejadas de lado rápidamente, decisiones tomadas, etc. Lo que tienen en común estas formas distintas de afrontar es que ocurren de manera natural y que es posible comunicarlas a otras personas que, sin vivir en la misma casa, están interesadas en comprender y ayudar. Estas formas son los recursos naturales para el tratamiento y la prevención.

El concepto de afrontamiento constituye una variable de nivel individual: en primer lugar, la evaluación del afrontamiento se hace en el sujeto y las conclusiones se derivan de las formas de cómo los individuos afrontan el problema en sus familias.



Sin embargo, Natera (Op. cit.) menciona que es importante considerar la información sobre la manera en que dos o más miembros de la familia interactúan, así como los mecanismos y la intensidad con que la familia entera hace frente al problema.

Las formas de afrontamiento cambian a lo largo del tiempo, al igual que el aislamiento de la familia y otros problemas asociados con el alcoholismo. Las esposas utilizan los mecanismos de afrontamiento en respuesta a la intensidad o frecuencia del mismo. (James y Goldman, 1971). Algunos estudios señalan que las mujeres se casan antes de que su pareja sea un consumidor excesivo o inclusive aun antes de que beba (Jackson, 1954; James y Goldman, 1971).

Según Velleman, Bennett, Miller, Orford, Rigby y Tod (1993), en los familiares de usuarios de otras sustancias, se ha observado que el contender con el adicto es muy difícil; no nada más se elige la manera más óptima, sino que oscila entre un método y otro, buscando con desesperación la solución ideal. Los resultados acerca de los problemas causados por la conducta del usuario de sustancias son comparables con los encontrados en las familias de alcohólicos. En particular, la violencia, la impredecibilidad y las conductas vergonzosas son muy parecidas. Las diferencias incluyen alta incidencia de robos en los usuarios de drogas.

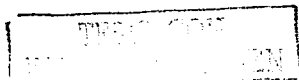
En México, el grupo de Natera y en Inglaterra, el grupo de Orford, han trabajado de manera conjunta desde la década de los 80 en el estudio de los mecanismos de afrontamiento familiar ante el consumo de alcohol y drogas mencionados previamente (Natera y Orford, 1989; Orford, 1992; Orford, Natera, Casco, Nava, y Ollinger, 1993; Orford Natera, Copello, Mora y Velleman, 1997; Orford, Natera, Davies, Nava, Mora, Rigby, Bradbury, Copello y Velleman, 1998B, 1998C; Orford, Natera, Velleman, Copello, Bowie, Bradbury, Davies, Mora, Nava, Rigby y Tiburcio, 1999, 2001).

El rol femenino ante el consumo de alcohol o drogas en la familia es variable. Es decir, la mayoría de ellas han utilizado diferentes estrategias que se relacionan con la evolución del problema y sus efectos en el desarrollo emocional y en la salud de la mujer (Natera, Mora y Tiburcio, 1997). Por ejemplo, las esposas de usuarios de alcohol y drogas reportaron emplear mecanismos de afrontamiento de apoyo y tolerancia, mientras que las madres reportaron mayor uso del control, el apoyo y las estrategias emocionales.

De acuerdo con Orford et al., (1998B), las hipótesis surgidas de sus investigaciones se basan en el hecho de que ciertas experiencias de los familiares son casi universales, trascendiendo aspectos culturales, socioeconómicos, sexo del familiar y relación de parentesco con el usuario. Estas experiencias consisten en:

- ❖ Repercusiones negativas de vivir con el usuario.
- ❖ Interés por la salud y el desempeño del usuario.
- ❖ Dificultades económicas.
- ❖ Efectos dañinos del consumo en la familia y el hogar.
- ❖ Sentimientos de ansiedad, preocupación, desesperanza, desesperación y depresión.
- ❖ Afectación de la salud y síntomas específicos que el familiar atribuye a parte al estrés de vivir con los efectos de la problemática del consumo de alcohol o drogas.

Según Orford et al., (1998B), no hay que olvidar algunos contrastes culturales entre la Ciudad de México y el sur de Inglaterra, de donde procede la muestra de esta investigación. La cultura de los participantes mexicanos tiende a ser más colectivista, mientras que la cultura inglesa es más individualista. Se encontraron divergencias en las dimensiones urbano – rural, religioso – secular y católico-protestante.



En investigaciones más recientes de Orford, et al., (2001) uno de los objetivos fue comparar en términos del modelo estrés-afrontamiento-salud de los familiares ante problemas de alcohol y drogas a dos grupos socioculturales contrastantes. Uno de los hallazgos fue el que las esposas de hombres con problemas de alcohol en la Ciudad de México y las esposas de hombres con problemas de drogas en el suroeste de Inglaterra reportaron niveles particularmente altos de afrontamiento del tipo involucramiento y de tolerancia-inacción. Aunque se infiere una probable causalidad en este último tipo de afrontamiento, dada la correlación con la presencia de síntomas en ambos grupos, ésta no se ha probado todavía.

Los estudios que se están realizando en Australia, por Orford y su equipo tienen como objetivo conocer la forma en que los familiares afrontan el problema del consumo excesivo de alcohol. Aun están por publicarse los resultados de 48 entrevistas a familiares de aborígenes en 3 localidades del Territorio del Norte.



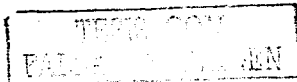


### III EVALUACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL CONSUMO DE ALCOHOL DEL PACIENTE

#### Índice de Severidad de la Adicción (ASI)

Desde finales de los 70 y principios de los 80 algunos investigadores han propuesto que la severidad de la adicción es un factor fundamental en la definición de diferentes tipos de adictos. Se parte de la individualidad del sujeto que a su vez confiere características distintas a las necesidades de tratamiento. Se han efectuado estudios para demostrar la utilidad del Índice de Severidad de la Adicción (ASI) tanto en la perspectiva individual como en la planeación y evaluación de servicios de atención a adictos (Solís, 1998). La severidad de la adicción se define en términos de la afectación del sujeto en las esferas médica, psiquiátrica y psicosocial como consecuencia del consumo de sustancias y de su necesidad de tratamiento. El instrumento diagnóstico utilizado mayormente en todo el mundo es el Addiction Severity Index o Índice de la Severidad de la Adicción (ASI) diseñado por Thomas McLellan y su grupo (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980) a finales de los años 70.

El ASI ha demostrado su confiabilidad y validez como instrumento en clínica como en investigación (Appleby, Dyson, Altman y Luchins 1997; Carey, Cocco y Correia, 1997; Daeppen, Burnand y Schnyder, 1996; De Jong, Willems, Schippers y Hendricks, 1995; Kosten, Rounsaville y Kleber, 1983; Torres de Galvis, 1993). Fue diseñado como un instrumento de investigación clínica para evaluar los múltiples problemas que se observan en personas dependientes al alcohol o alguna droga que buscan tratamiento. Evalúa y compara las intervenciones terapéuticas a través del análisis de la severidad de problemas en 7 áreas frecuentemente afectadas en las personas que abusan de sustancias que producen dependencia: estado médico general, situación laboral o financiera, uso de alcohol, uso de otras sustancias, situación legal, familiar y social, estado psicológico/ psiquiátrico.



Se valora además la importancia que tiene para el paciente el recibir tratamiento y asesoría profesional en cada una de las áreas problema (Hodgins y El Guebal, 1992; Torres de Galvis, 1993). Estas valoraciones en las áreas mencionadas ofrecen al clínico un perfil de riesgo con estimaciones generales confiables y válidas del estado real de los problemas que padecen los adictos al alcohol y otras sustancias.

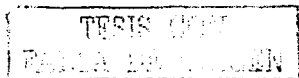
#### **a) Descripción del instrumento y áreas de evaluación**

El ASI es una entrevista estructurada de investigación clínica con duración de 40 minutos diseñada para evaluar el problema de la severidad en 7 áreas comúnmente afectadas en los dependientes de sustancias: 1) condición médica, 2) situación laboral, 3) uso de drogas, 4) uso de alcohol, 5) actividades ilegales, 6) relaciones familiares y 7) condición psiquiátrica. En cada una de estas áreas se interrogan preguntas objetivas que miden el número, la extensión y la duración de los síntomas problema a lo largo de la vida del paciente y en los últimos 30 días. El ASI está diseñado para maximizar el uso de la información objetiva al formular estas calificaciones: una severidad baja implica valores entre 0 - 3, severidad media entre 4 - 6 y severidad alta entre 7 - 9 (McLellan, Luborsky, Cacciola, Griffith, Evans, Barr y O'Brien, 1985).

La entrevista fue diseñada para ser utilizada dentro de diversos centros de tratamiento (alcohol o drogas) pudiendo ser aplicada por personal entrenado en menos de una hora y adecuada para evaluaciones de seguimiento post-tratamiento.

#### **b) Propiedades psicométricas**

De acuerdo con las investigaciones de McLellan et al., (1980, 1985) la confiabilidad interevaluador para establecer el puntaje de severidad va desde  $r =$



0.84 a 0.99 (fórmula Spearman - Brown), con una confiabilidad prueba-reprueba en un intervalo de 3 días, es de 0.92 o más (McLellan et al., 1985). Según estos investigadores, en 3 centros de tratamiento con 181 sujetos, los estudios de confiabilidad indicaron que personal entrenado puede estimar la severidad de los problemas del paciente con una concordancia promedio de 0.89. Por subescalas, se obtuvieron los siguientes coeficientes de confiabilidad: Médica 0.89, Laboral 0.84, Alcohol 0.88, Drogas 0.95, Legal 0.89, Familiar 0.93, Psicol./Psic. 0.93. En lo que respecta a la validez discriminante (McLellan, et al., 1985), todas las escalas del ASI tuvieron confiabilidades de 0.84 o superiores y la mayoría de las pruebas de comparación seleccionadas fueron evaluadas de forma previa como confiables y válidas.

En varios países europeos se ha validado este instrumento. Por ejemplo, en la versión alemana del ASI se obtuvieron los siguientes resultados: las subescalas probaron ser independientes o moderadamente correlacionadas ( $-0.17 < r < 0.34$ ). Cada coeficiente de correlación fue de  $r = 0.47$  a  $r = 0.93$  ( $p < 0.0005$ ). La confiabilidad indicó una consistencia interna de moderada a buena (alfa de Cronbach: 0.69 a 0.92) y una moderada a excelente confiabilidad interevaluador (coeficiente de correlación intraclass: 0.62 a 0.99).

En lo que respecta a la validez, se obtuvieron puntajes altamente significativos en la subescala de alcohol en pacientes dependientes comparados con pacientes no dependientes ( $t = 2.99$ ,  $gl = 108$ ,  $p = 0.004$ ). Se encontraron correlaciones significativas ( $p < 0.001$ ) en la subescala de alcohol y el Michigan Alcoholism Screening Test y en la subescala de problemas psiquiátricos con el Symptom Checklist 90-Revised. Se concluyó que la versión alemana del ASI tiene propiedades psicométricas aceptables (Scheurich, Müller, Wetzel, Angheliescu, Klawe, Ruppe, Lörch, Himmerich, Heidenreich, Schmid, Hautzinger, Szegedi, 2000). También se ha validado en Francia (Daepfen, et al., 1996) y en Holanda (DeJong, et al., 1995).

### **c) Experiencias con el ASI en poblaciones hispanoparlantes**

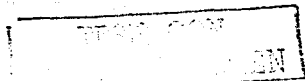
En la región hispano parlante, los desarrollos más relevantes están representados por las versiones hispana y colombiana del Índice de Severidad de las Adicciones, otros países cuentan con desarrollos incipientes pero importantes (Solls, 1998).

En Colombia, el ASI comenzó a aplicarse en distintas instituciones de tratamiento tanto para alcoholismo como para farmacodependencia desde 1985. A principios de la década de los noventa, (Murrelle et al., 1991 en Torres de Galvis, 1993) realizó un estudio en varios centros de tratamiento para determinar la confiabilidad y validez en un grupo de 424 pacientes consumidores de basuca como droga primaria.

Se llevó a cabo la traducción y la adaptación cultural, para posteriormente realizar la prueba piloto en 4 instituciones de tratamiento. De cada una de ellas se reclutaron entre 10 y 40 pacientes de cada una, durante 4 semanas. Al término de este periodo, se hicieron algunos ajustes al manual de aplicación. A lo largo de un año y medio se continuó con la aplicación del instrumento para el estudio de la confiabilidad y validez.

Se analizaron las estadísticas descriptivas, las variables categóricas se manejaron como porcentajes y las continuas con medidas de tendencia central y dispersión (promedio y desviación estándar). Se evaluó la correlación entre el uso de basuca durante los últimos 30 días y las variables continuas con el coeficiente de correlación de Spearman.

Se evaluó la validez concurrente (la seguridad de que los grupos evaluados como diferentes según los criterios del ASI, también fueran diferentes por medidas relacionadas con estos criterios) dividiendo a la muestra por grupos de severidad Baja, Media y Alta, mismos que tuvieron los siguientes valores en la escala 0 a 3,



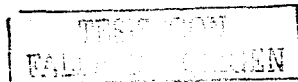
4 a 6, 7 a 9, respectivamente. Estos grupos se evaluaron comparándolos con los ítems que fueran los indicadores más fuertes de cada área, usando el análisis de varianza o  $\chi^2$  según fueran los más apropiados.

Los resultados mostraron de forma clara un validez fuerte para cada una de las 7 áreas. La evaluación de la severidad de cada grupo de preguntas que configuran las 7 áreas, salvo algunas excepciones, presentó una dirección predictiva y un comportamiento de dosis respuesta para el gradiente esperado, con un valor de  $p < .05$ . Se concluyó que se demostró la validez concurrente de la versión colombiana del ASI (Murrelle et al., 1991; Torres de Galvis, 1993).

En 1988, en Costa Rica, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia de San José decidió adaptar al contexto costarricense un instrumento objetivo de diagnóstico y evaluación de adicciones. Para esto, se eligió al Índice de Severidad de la Adicción (ASI). En esta versión costarricense se denomina como Índice de la Gravedad de la Adicción. Se entrevistaron a 100 sujetos de sexo masculino de 18 a 64 años, 51 casos y 49 controles. Previo a la aplicación del ASI, se hizo un estudio piloto con un documento basado en la adaptación del ASI versión del Hospital Mental de Antioquia, Colombia, aplicándose a 50 pacientes. Para comparar proporciones se aplicó la prueba de  $\chi^2$  con corrección de Yates.

El objetivo del estudio fue determinar la eficacia del instrumento mediante su sensibilidad (capacidad de detectar a los sujetos con problemas) y su especificidad (capacidad de detectar a los sujetos que no presenten problemas).

Se encontró que existe una tendencia a presentar índices de gravedad mayores en los casos que en los testigos, en particular en las siguientes áreas: uso de alcohol, familia, área laboral y estado psicológico, con una correlación de los índices de gravedad respectivos, altamente significativos ( $p < 0.001$ ). De acuerdo con Sandi y Ávila (1989), se demostró la validez del instrumento para diferenciar a



la población afectada de la no afectada y para medir la gravedad y la necesidad de tratamiento de los problemas resultantes de la adicción en las áreas consideradas.

En el caso de México, hasta muy recientemente se trabajó en la adaptación de este instrumento en el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INP). La versión ASI-CAAF valora con 121 reactivos las 7 áreas problemas mencionadas. (Solís, 1998).

El instrumento está en proceso de validación y los primeros resultados preliminares arrojan lo siguiente: en una muestra de 161 casos, se obtuvo una  $\alpha$  global = 0.7180. La confiabilidad por cada una de las subescalas fue: área médica = 0.6840; área laboral = 0.6539; área de uso de alcohol = 0.6684; área de uso de drogas = 0.7342; área legal = 0.6944; área familiar = 0.6645; área psicológica = 0.6780 (Cordero y Solís, 2002; en proceso de publicación). Mayores detalles de cada una de las áreas se mencionan en la descripción de las variables de este trabajo en la página 40.



## IV DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN AL ALCOHÓLICO Y SUS FAMILIARES (CAAF)

### a) Introducción

En 1977, el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (ahora Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz), a través de la Coordinación de Prevención, Rehabilitación y Tratamiento llevó a cabo un programa piloto que derivó en el Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares (CAAF) como un servicio de atención al paciente alcohólico y sus familiares, en una zona considerada de alta incidencia de alcoholismo (Natera y Valencia, 2001). Otro de los fines al crearse fue ser una unidad de asistencia y apoyo para la enseñanza e investigación de problemas relacionados con el consumo de bebidas alcohólicas, tanto en el bebedor como en su familia.

El equipamiento en servicios de esta área, su excesiva urbanización, la aglomeración de las condiciones generales de producción junto con la confluencia de diversos grupos étnicos y socioeconómicos imprimen una naturaleza *sui generis* a la ubicación del CAAF (Tenorio y Figueroa, 1994, en Solís y Guízar, 1996). La sede del CAAF se ubica en el barrio de Tepito, zona Centro de la Ciudad de México. Se estableció en el primer piso del Mercado Abelardo Rodríguez. Su área de influencia abarca 11 calles a la redonda, parte de ellas en el Centro Histórico.

En el área existen 780 unidades habitacionales, 607 expendios de bebidas alcohólicas (364 restaurant-bar, 103 cantinas, 100 vinaterías, 25 centros nocturnos, 12 pulquerías y 3 piquerías o toreos), 301 estacionamientos, 189 casas de huéspedes, 13 dormitorios públicos, 176 hoteles, 51 parques y centros deportivos y 35 centros médicos, consultorios y hospitales, siendo los estacionamientos, casas de huéspedes, dormitorios, hoteles, parques y centros

deportivos lugares donde también se consume alcohol (Natera, Tenorio, Figueroa y Ruiz, 2002; Natera y Valencia, 2001). En los últimos 11 años (1992 a 2002) se dieron un total de 58, 454 consultas, de las cuales, 8960 fueron de primera vez. (CAAF, informes anuales).

#### **b) Objetivos del CAAF**

- Ofrecer diferentes alternativas de tratamiento.
- Prevenir el alcoholismo en su área de influencia.
- Dar a conocer y coordinar sus servicios con otras instituciones.
- Propiciar la asistencia de pacientes de diversos niveles socioeconómicos.
- Capacitar a su personal en técnicas especializadas.
- Consolidar las bases necesarias para las actividades de enseñanza e investigación.

#### **c) Funciones del CAAF**

##### **Atención y servicio al usuario**

- Psiquiatría
- Medicina General
- Enfermería
- Psicología
- Psicoterapia (diversas modalidades)
- Trabajo Social
- Desintoxicación

##### **Prevención**

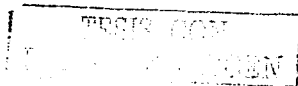
- Primaria
- Secundaria
- Terciaria

##### **Docencia y capacitación**

- Al personal del Centro
- A pasantes de carreras afines
- Al usuario y familiares
- A la comunidad

##### **Investigación**

- Usuarios
- Comunidad





A lo largo de los primeros 15 años de funcionamiento, las investigaciones realizadas en el CAAF pusieron de manifiesto que la población que solicita los servicios no necesariamente muestra características específicas de marginalidad, (analfabetismo, primaria incompleta y desocupación) (Puente y Tenorio, 1982).

Según Solís y Gulzar (1996), la mayoría de los usuarios son varones en la etapa más productiva de su vida. Ocho de cada diez asistentes han recibido tratamientos anteriores, lo que remarca la importancia de proponer alternativas diferentes a las recibidas, o al menos replantear estrategias terapéuticas más efectivas. No se descartan los rituales religiosos como el "juramento o jura" para mantener la abstinencia. Por otra parte, las evidencias indican que la participación de la familia y la inclusión de los sujetos en grupos de AA potencian los efectos del tratamiento.

Por lo anteriormente mencionado, en el CAAF, se proporciona atención a familiares aun cuando el paciente no acuda a tratamiento. El modelo de atención del CAAF tiene las siguientes modalidades terapéuticas, a través de las siguientes acciones sistemáticas:

#### Terapéutica

- a) Prescripción (determinación de objetivos, alternativas, servicios)
- b) Contrato y metas terapéuticas
- c) Modalidades:
  - Orientación
  - Orientación a familiares
  - Psicoterapia individual
  - Psicoterapia familiar
  - Psicoterapia de grupo
  - Farmacoterapia
  - Apoyo en autoayuda (AA y Al-anón)

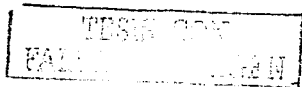
TRAM CON  
FALLA DE ORIGEN

## V METODOLOGÍA

### 1. JUSTIFICACIÓN

El estudio de los familiares de alcohólicos se justifica por el hecho de que cuando el consumo es suficiente para ser definido como "dependencia", "adicción", "alcoholismo" etc., la salud y el bienestar de los familiares cercanos (esposos, padres e hijos) están en riesgo. Otra razón para el estudio de los miembros de la familia estriba en la creencia ampliamente difundida de que la forma en que los parientes cercanos reaccionan al consumo de alcohol sea o no excesivo de uno de sus miembros, ejerce influencia determinante para que ese consumo se mantenga estable, o bien aumente o disminuya. De aquí que los miembros de la familia además de constituir un grupo de alto riesgo pueden ser el principal recurso en la prevención y solución de los problemas del individuo asociados con el uso de alcohol (Natera, 1997).

El estudio de James y Goldman (1971), mostró que las esposas utilizan los mecanismos de afrontamiento en respuesta a la intensidad o frecuencia del alcoholismo del esposo. Por otra parte, desde la perspectiva del afrontamiento planteada por Orford existen tres grandes grupos de mecanismos: la tolerancia hacia el consumo excesivo, el compromiso del familiar para tratar de cambiar el consumo de alcohol y la separación del familiar del alcohólico (Orford, 1998). Se han realizado varias investigaciones encontrando que los familiares afrontan de manera distinta, es decir, las esposas y las madres de usuarios de alcohol o drogas utilizan diferentes mecanismos y éstos se relacionan con la evolución del problema y sus efectos en el desarrollo emocional y en la salud (Natera, Mora, y Tiburcio, 1998).



## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Diferentes familiares afrontan de manera distinta el consumo excesivo de alcohol de los usuarios y por otra parte, no se han realizado investigaciones que aborden el tipo de afrontamiento familiar relacionado con características bio-psico-sociales específicas y consumo excesivo de alcohol del paciente. De tal forma que el estudio propuesto serviría como punto de partida para futuras investigaciones de seguimiento y elaborar estrategias de apoyo a la familia y al consumidor.

## **3. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación existente entre los mecanismos de afrontamiento que utilizan los familiares mujeres de pacientes alcohólicos y el índice de severidad de la adicción (ASI) de estos últimos.

### **3.1. Objetivos Específicos**

- 3.1.1. Identificar las formas de afrontamiento que utilizan los familiares mujeres del paciente (esposas y otras familiares).
- 3.1.2. Identificar la severidad de la adicción a través del ASI en pacientes alcohólicos.
- 3.1.3. Identificar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento familiar de acuerdo con el número de años de consumo de alcohol del paciente.
- 3.1.4. Identificar si existen diferencias en las estrategias de afrontamiento familiar de acuerdo con el tiempo de convivencia con el paciente.
- 3.1.5. Determinar las diferencias de las formas de afrontamiento familiar de acuerdo con la severidad de la adicción y con variables sociodemográficas (edad y escolaridad).
- 3.1.6. Identificar las variables que predicen a los mecanismos de afrontamiento en los familiares mujeres de pacientes alcohólicos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### **4. HIPÓTESIS O PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN**

- 4.1. Existen diferencias en el tipo de afrontamiento utilizado por los familiares mujeres del paciente (esposas y otros familiares mujeres).
- 4.2. Existen diferencias en las estrategias de afrontamiento familiar de acuerdo con el número de años de consumo del alcohol del paciente.
- 4.3. Existen diferencias en las estrategias de afrontamiento familiar de acuerdo con el tiempo de convivencia con el paciente.
- 4.4. Existe una relación predictiva entre el tipo de afrontamiento, las variables sociodemográficas y los puntajes de las diferentes áreas del ASI (estado médico general, situación laboral o financiera, uso de alcohol, situación legal familiar y social y estado psicológico/psiquiátrico).

#### **5. MATERIAL Y MÉTODO**

- 5.1. Tipo de estudio:** descriptivo, transversal y correlacional.
- 5.2. Universo de trabajo:** pacientes que acudieron a consulta de primera vez al CAAF, entre 1999 y 2001, por consumo excesivo de alcohol y sus familiares femeninos cercanos que hayan vivido con el paciente al menos 6 meses previos a la evaluación.
- 5.3. Muestra:** no probabilística, (no aleatorizada), no sistemática e intencionada. Se consideró el número de pacientes de primera vez que asistieron al CAAF durante los 3 últimos años, entre 695 y 826, seleccionando un 15% (aproximadamente  $n = 100$ ).
- Se evaluaron 121 familiares y 112 pacientes, de los cuales se excluyeron a 21 y 12, respectivamente, por no acudir a la cita de evaluación, se consideraron casos incompletos. La muestra quedó integrada por 100 familiares mujeres y 100 pacientes varones.



#### **5.4. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **5.4.1. Pacientes**

###### Inclusión:

- Consumo excesivo de alcohol.
- Edad: 18 - 65 años.
- Sexo masculino.
- Que soliciten tratamiento en el CAAF por primera vez.
- Alfabetos.
- Consentimiento informado.

###### Exclusión:

- Abuso o dependencia actual a cualquier otra sustancia.
- Trastornos psiquiátricos con síntomas psicóticos.
- Impedimento auditivo o fonético para responder los instrumentos.

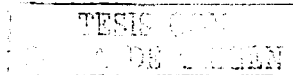
##### **5.4.2. Familiares**

###### Inclusión:

- Esposa, pareja, madre, hermana o hija.
- Edad: 18 años en adelante.
- Sexo femenino.
- Que haya vivido con el paciente en los últimos 6 meses.
- Alfabetos.
- Consentimiento informado.

###### Exclusión:

- Que acudan o hayan acudido a grupos de autoayuda como Al-Anón, grupo de codependientes, coadictos, grupo de esposas, de hijos de alcohólicos u otro similar en el CAAF u otra institución en los 3 últimos meses previos a la evaluación.
- Abuso o dependencia a alcohol u otras sustancias.
- Impedimento auditivo o fonético para responder el instrumento de evaluación.



## **5.5. Variables**

**5.5.1. Características demográficas de pacientes y familiares evaluadas con una ficha de identificación hecha de ex profeso y/o del expediente clínico.**

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Ocupación

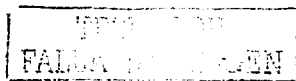
### **5.5.2. Parentesco del familiar con el paciente**

- Esposa / pareja
- Madre
- Hermana
- Hija

**5.5.3 Consumo excesivo de alcohol.** Evaluado mediante la entrevista clínica a través de la historia de consumo y la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM IV.

### **5.5.4. Evaluación de la severidad del consumo de alcohol del paciente**

Se evaluó mediante la aplicación del Índice de Severidad de la Adicción de McLellan et al. (1980) para determinar el perfil de las áreas afectadas del paciente y su necesidad de tratamiento. En este trabajo no se tomó en cuenta la subescala de uso de sustancias dado que en la muestra colectada en los pacientes era uno de los criterios de exclusión. En cada una de las áreas se interrogan preguntas objetivas que miden el número, la extensión y la duración de los síntomas problema a lo largo de la vida del paciente y en los últimos 30 días. El ASI está diseñado para maximizar el uso de la información objetiva al formular estas calificaciones: severidad baja, valores entre 0 – 3; severidad media entre 4 - 6 y



severidad alta entre 7 - 9 (McLellan et al., 1985). La versión ASI - CAAF valora con 121 reactivos las 7 áreas problemas mencionadas (Sollis, 1998). Se aplica en menos de una hora, adecuado para evaluaciones de seguimiento post-tratamiento. A continuación se describe brevemente cada una de ellas.

#### **5.5.4.1. Subescalas del ASI**

**1) Estado Médico General:** hospitalizaciones por problemas médicos (incluyendo sobredosis y delirium tremens, excluyendo desintoxicaciones o problemas psiquiátricos); enfermedades que requieren de un cuidado continuo por parte del paciente como hipertensión arterial, diabetes mellitus, epilepsia, etc., enfermedades agudas (presentadas en el último mes) que no sean derivadas del consumo de alcohol.

**2) Situación laboral o financiera:** nivel de estudios alcanzado, años reprobados, profesión u ocupación, periodos de permanencia en un trabajo de tiempo completo, contribución de un familiar a su sustento (excluyendo instituciones), tipo de trabajo durante los tres últimos años y último mes, ingresos, dependientes económicos, número de días en que ha tenido problemas en el trabajo en el último mes como consecuencia del consumo de alcohol.

**3 y 4) Uso de drogas/ alcohol:** consumo de drogas y/o alcohol a lo largo de vida y en los últimos 30 días, alcohol, cualquier cantidad y hasta la embriaguez, heroína, otros opiáceos/analgésicos, barbitúricos, sedantes, hipnóticos, tranquilizantes, cocaína/crack, anfetaminas, marihuana, alucinógenos, inhalantes y otras drogas; si se ha consumido al mismo tiempo alcohol y drogas y el tiempo (días, meses, años); tiempo de abstinencia de alcohol o drogas, hospitalizaciones por delirium tremens o sobredosis con drogas, número de tratamientos previos; en el último mes cantidad gastada en alcohol o drogas; número de días en el último mes con problemas por alcohol o drogas.



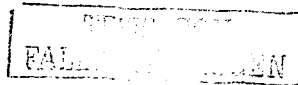
**5) Situación legal:** tratamiento sugerido por un juez o institución, presencia de libertad condicional, diversos delitos cometidos en el último año y a lo largo de la vida, sentencias, número de veces acusado de desorden o intoxicación en vía pública, manejar en estado de ebriedad, violaciones graves de tránsito, detenciones, tiempo de encarcelamiento; en el último mes, involucramiento en actividades ilegales, detenciones o encarcelamiento.

**6) Área de familia y relaciones sociales:** estado civil (casado, casado por segunda vez, viudo, separado, divorciado, soltero, unión libre), tiempo que lleva en este estado, con quien ha vivido en los últimos tres años, actividades en el tiempo libre, con quien lo comparte; en el último mes, número de días en que hubiera tenido problemas serios con su familia y/u otras personas; presencia de periodos prolongados con problemas serios a lo largo de la vida y en el último mes especificando parentesco, amigos u otras personas.

**7) Estado psicológico/ psiquiátrico:** número de veces que hubiera sido tratado como paciente externo u hospitalizado; presencia de síntomas o trastornos psiquiátricos que no se deriven del consumo y/o suspensión de alcohol o drogas, tales como depresión severa, angustia, alucinaciones, problemas para entender, concentrarse, memorizar, controlar conductas violentas, ideas o intentos suicidas. Tratamientos farmacológicos previos. Número de días en el último mes con síntomas psiquiátricos. Al momento de la entrevista se especifica si el paciente se muestra obviamente deprimido, ansioso, agresivo o si presenta ideas delirantes o suicidas.

#### **5.5.4.2. Calificación del ASI**

Por otra parte, cada valoración se basa en la historia de la sintomatología del paciente, en la condición actual, como se mencionó previamente y en el concepto subjetivo de sus necesidades de tratamiento en determinada área. La severidad de la adicción se valora por parte del entrevistador a través de la siguiente escala:





### **Valoración de la severidad por parte del entrevistador**

- 0-1: realmente no hay problema, el tratamiento no está indicado.
- 2-3: el problema es insignificante, el tratamiento probablemente no está indicado.
- 4-5: el problema es moderado, se requiere algún tratamiento.
- 6-7: el problema es considerable, el tratamiento es necesario.
- 8-9: el problema es grave, el tratamiento debe ser inmediato ya que la vida peligr.

La calificación de la severidad se hace para cada una de las áreas con base en la duración e intensidad de los síntomas. El entrevistador genera un panorama global del problema a partir de los puntajes de todos los reactivos calificando de acuerdo con la escala anterior. El paciente califica su percepción del problema y su necesidad de tratamiento con la siguiente escala:

### **Escala de Valoración del Paciente**

- 0: nada
- 1: un poco
- 2: moderadamente
- 3: bastante
- 4: extremadamente

Para determinar la calificación final de cada una de las áreas, el entrevistador redefine su evaluación a través de la presencia o ausencia de los reactivos críticos de cada una de las áreas, eligiendo el rango alto o bajo según corresponda y también de acuerdo con la evaluación del paciente (Solís y Fragoso, sin fecha). Por otra parte, en el instrumento, se considera si hay o no veracidad en la información que el paciente proporciona (aunque esto es independiente de la calificación del entrevistador).

### **Calificación del ASI - CAAF**

Las calificaciones obtenidas para cada una de las áreas deben consignarse en un cuadro al final del instrumento para generar un perfil de severidad de acuerdo con el siguiente rango:

- Severidad Baja: valores entre 0 y 3**
- Severidad Media: valores entre 4 y 6**
- Severidad Alta: valores entre 7 y 9**



**5.5.5. Tiempo de convivencia del familiar con el paciente:** el tiempo que han vivido juntos sin tomar en cuenta separaciones; el mínimo debe ser de seis meses.

**5.5.6. Número de años de consumo de alcohol del paciente:** desde el inicio de consumo excesivo hasta el momento actual.

**5.5.7. Mecanismos de afrontamiento familiar:** se evaluó mediante el Cuestionario de Mecanismos de Afrontamiento Familiar (CMAF), que a continuación se describe.

Se utilizó la técnica de cuestionario de entrevista cara a cara. El CMAF es la versión más reciente del cuestionario diseñado originalmente para ser aplicado en esposas de bebedores problema (Orford, Guthrie, Nicholls, Oppenheimer, Egert y Hensman, 1975; Orford, 1996). El CMAF se tradujo al español para aplicación en diversos trabajos de investigación utilizando la versión con 68 reactivos (Orford, 1992; Orford et al., 1992; Orford, et al., 1993; Orford, et al., 1998, 1998B, 1998C). Tiene 4 opciones de respuesta: no, una o dos veces, algunas veces y con frecuencia. Para este trabajo se utilizó la versión corta de 30 preguntas (Orford, 1996).

Todos los reactivos o ítems se basan de la manera más cercana posible a los enunciados hechos por uno o varios miembros de las familias en el curso de estudios previos (Orford, et al., 1998, 1998b, 1998c). En general se proponen 3 grandes grupos: a) involucramiento (controlador, emocional y asertivo), b) tolerancia (inactivo, tolerante y apoyador) y c) separación (evitativo e independiente) (Orford, et al., 1998). Los coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) para el CMAF en México fueron los siguientes: afrontamiento global  $\alpha = 0.88$ . Subescalas: a) involucramiento,  $\alpha = 0.82$ ; b) tolerancia  $\alpha = 0.73$ ; c) separación  $\alpha = 0.70$ . (Orford, et al., 1997; Orford, et al., 2001).



En este instrumento, la subescala de involucramiento está integrada por 14 reactivos, la de tolerancia por 9 y la de separación por 7. Cada uno de ellos, como se mencionó previamente, tiene 4 opciones de respuesta, no (0), una o dos veces (1), algunas veces (2) y con frecuencia (3). En la subescala de involucramiento se suman los reactivos 1, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 16, 17, 19, 21, 25, 26 y 28. En la de tolerancia se sigue el mismo procedimiento sumando los reactivos: 3, 4, 10, 14, 20, 23, 24, 27 y 30. Por último, en la subescala de separación se suman los reactivos: 2, 8, 12, 15, 18 y 29 y se restan los valores de los ítems 5 y 22 para a continuación sumar 6 al total y así eliminar valores negativos (Orford, 1996). En cada una de las subescalas se obtuvo la suma total y la media.

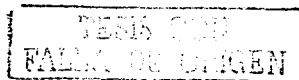
A continuación se describen brevemente los mecanismos de afrontamiento familiar por subescalas:

**a) Involucramiento (controlador, emocional y asertivo)**

**Controlador:** es una serie de acciones e intenciones del familiar de censurar la naturaleza y las consecuencias del consumo. Alentar al usuario a hacer un juramento o prometer que no va a consumir alcohol, vigilarlo, tirar a la basura las botellas, manejar su dinero, etc.

**Emocional:** es la expresión de las emociones de una manera directa y frontal del familiar hacia el usuario como iniciar discusiones, amenazar, suplicar, entre otras. Implica una pérdida de control emocional del familiar y éste actúa impulsivamente a través de agresiones verbales o físicas.

**Asertivo:** el familiar expresa al usuario de manera tranquila y abierta su posición hacia el consumo aclarándole que no está dispuesto a tolerarlo. Las acciones más comunes consisten en hacer entrar en razón al usuario, en tratar de hacerle ver las cosas y poner límites firmes a través de una comunicación directa y tranquila.



**b) Tolerancia (inactivo, tolerante, apoyador)**

**Inactivo:** ante el consumo del usuario, el familiar no hace nada, ya sea por el temor que le produce la reacción del usuario o porque no quiere involucrarse en el problema. Trata de mostrarse indiferente. Existe una especie de resignación pasiva, habiendo perdido todas las esperanzas de un cambio en el usuario, acepta la situación como parte de la vida que no puede cambiarse.

**Tolerante:** se caracteriza por una serie de actitudes y acciones de anuencia o aceptación por parte del familiar, que protegen al usuario de las consecuencias negativas de su consumo de alcohol y drogas. Con estas acciones el familiar tiende a disculpar y a encubrir la conducta del usuario. Algunos ejemplos: darle dinero aun sabiendo que se gastará en alcohol, atenderlo cuando está ebrio, beber con él, entre otras.

**Apoyador:** son aquellas acciones del familiar encaminadas a ayudar al usuario a modificar sus hábitos de consumo o bien a impulsarlo en alcanzar propósitos personales y proporcionarle diferentes alternativas de interés que no se relacionen con el consumo. Platicar con el usuario, defenderlo cuando otros lo critican e impulsarlo en la búsqueda de tratamiento son algunas de las acciones más representativas.

**c) Separación (evitación e independencia)**

**Evitación:** se refiere a las acciones, deseos o intenciones del familiar que tienden a establecer distancia física y emocional en relación con el usuario. El familiar es deliberadamente frío y distante, lo ignora, trata de no hablarle o le pide que se vaya de la casa, entre otras.

**Independencia:** consiste en realizar acciones y actividades dirigidas a fortalecer el bienestar familiar. Estar más interesado por las propias necesidades, no



descuidar las actividades personales por estar pensando en el usuario, interesarse por su salud (la del familiar), asistir a terapias, son algunos ejemplos.

#### **5.6. Procedimiento**

Los sujetos acudieron al CAAF solicitando atención por su manera de beber. Lo hicieron por voluntad propia o fueron llevados por sus familiares. Una vez identificado el sujeto mediante los criterios de inclusión señalados se procedió a recabar su ficha de identificación que incluyó datos sociodemográficos tales como edad, sexo, ocupación y escolaridad. Se determinó el tiempo de consumo de alcohol desde su inicio hasta el momento actual. Se determinó el número de criterios cubiertos para dependencia a alcohol según el DSM IV. A continuación se procedió a aplicar el ASI para determinar la severidad de afectación en las diferentes áreas.

En el caso de los familiares, una vez identificados mediante criterios de inclusión se procedió a la aplicación del cuestionario de mecanismos de afrontamiento que incluye una ficha de identificación con datos sociodemográficos como edad, sexo, ocupación, escolaridad, parentesco con el paciente y tiempo de convivencia con éste.

**5.7. Análisis estadístico:** Para la descripción sociodemográfica de la muestra se utilizaron medidas de tendencia central (frecuencias, valores mínimos, máximos, media) y de dispersión (desviación estándar). Para las pruebas de hipótesis planteadas en la presente tesis, en las comparaciones con variables dependientes intervalares se utilizaron t de Student y análisis de varianza. En el caso de pruebas de asociación, considerando tanto a los mecanismos de afrontamiento familiar como al índice de severidad de la adicción como variables intervalares se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Se realizaron análisis con regresión lineal para identificar variables predictoras para las tres distintas subescalas del afrontamiento.



## **VI RESULTADOS**

Los resultados que a continuación se presentan son 1) las características sociodemográficas de familiares y pacientes; 2) los mecanismos de afrontamiento familiar por parentesco; 3) índice de severidad de la adicción (ASI); áreas más afectadas en el paciente, distribución de la muestra por frecuencias de severidad de cada una de las áreas; 4) mecanismos de afrontamiento familiar y número de años de consumo de alcohol del paciente; 5) mecanismos de afrontamiento y tiempo de convivencia de los familiares con el paciente; 6) mecanismos de afrontamiento de acuerdo con el ASI y la correlación entre ellas; 7) mecanismos de afrontamiento familiar y variables sociodemográficas (edad y escolaridad); y 8) variables predictoras de los mecanismos de afrontamiento familiar.

### **6.1. Características sociodemográficas de la muestra**

#### **6.1.1. Familiares**

La edad promedio de las familiares de los usuarios de alcohol fue de 42 años (de ellas, el 85% son casadas, el 34% tiene primaria y más de la mitad de éstas se dedica a las labores del hogar (57%) (Cuadro 1). Dos terceras partes de la muestra son esposas/parejas (66%) y el resto son madres, hermanas e hijas (34%) (Cuadro 2). El tiempo de convivencia del familiar con el paciente alcohólico fue desde 6 meses hasta 45 años, con una media de 15 años (Cuadro 3).

**Cuadro 1. Características demográficas de pacientes alcohólicos y de sus familiares.**

	<b>FAMILIARES (n = 100)</b>	<b>PACIENTES (n = 100)</b>
<b>Edad promedio ± desviación estándar</b>	42.72 ± (12.57)	36.50 ± (10.16)
<b>Sexo</b>	Femenino	Masculino
<b>Estado civil</b>		
Casado	85	64
Soltero	2	24
Separado	6	12
Viudo	7	0
<b>Escolaridad</b>		
Sin escolaridad	4	1
Primaria	34	13
Secundaria	20	26
Preparatoria/ est. técnicos	21	34
Licenciatura	21	26
<b>Ocupación</b>		
Hogar	57	0
Empleado	21	30
Subempleado/ comercio informal	10	43
Profesionista	9	3
Estudiante	1	7
Jubilado	2	1
Desempleado	0	16

TRU  
FALDA

**Cuadro 2. Porcentaje del parentesco de los familiares de los usuarios de alcohol (N=100)**

Parentesco	Porcentaje (%)
Esposa/Pareja	66
Madre	31
Hermana	2
Hija	1
Total	100

**Cuadro 3. Número de años de convivencia familiar con el paciente y número de años de consumo de alcohol de éste ( N = 100 )**

	RANGO	MEDIA	DESV. ESTÁNDAR
Años de convivencia familiar con el paciente	.50 - 45	15.73	10.68
Años de consumo de alcohol del paciente	4 - 40	18.04	9.37

### 6.1.2. Pacientes

El promedio de edad de los usuarios de alcohol fue de 36 años, el estado civil predominante fue casado (64%), el 34% tenía estudios técnicos y/o preparatoria, en tanto que la mayoría de los pacientes estaban subempleados o ejercían el comercio informal (43%), empleados (30%) y 16% desempleado al momento del estudio (Cuadro 1). Todos los pacientes mostraron dependencia al alcohol, de

TEL. 011 4311 1111  
FALLA DE CALIDAD



acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM IV, en donde el 26% y 61% de los pacientes cubrieron 6 y 7 criterios, respectivamente (Cuadro 4); el tiempo de consumo de alcohol del paciente fue de 4 a 40 años, con una media de 18.04 años (Cuadro 3).

**Cuadro 4. Porcentaje del número de criterios del DSM IV para dependencia a alcohol cubiertos por los pacientes (N = 100)**

CRITERIOS DEL DSM IV PARA DEPENDENCIA AL ALCOHOL	PORCENTAJE (%)
4	3
5	10
6	26
7	61
TOTAL	100

## **6.2. Identificación de los mecanismos de afrontamiento por parentesco**

Para identificar a los mecanismos de afrontamiento en los familiares mujeres del paciente alcohólico, se hicieron pruebas t para dos muestras independientes, comparando las sumatorias de las tres subescalas de afrontamiento familiar con el parentesco (esposas/parejas contra madres). Se descartaron los casos de hermanas e hijas por ser insuficientes y se encontró que en las esposas/ parejas las medias de las tres subescalas tuvieron una puntuación más alta que la de las

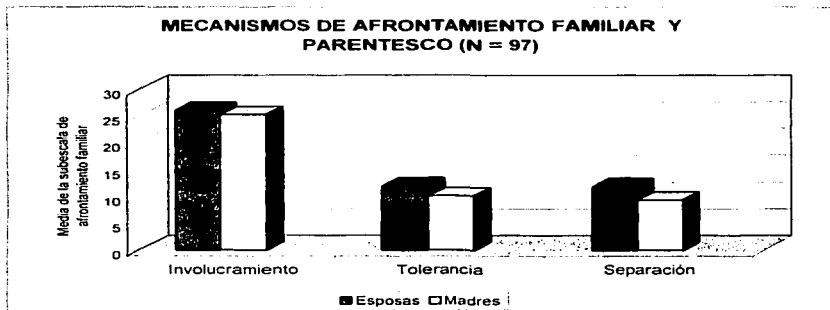
madres. Sin embargo, únicamente se encontraron diferencias significativas en la subescala de *separación* (Cuadro 5 y Gráfica 1).

**Cuadro 5. Diferencias en los mecanismos de afrontamiento familiar y parentesco. Medias de las subescalas y desviación estándar (N = 97).**

	N	Mecanismos de afrontamiento familiar		
		Involucramiento	Tolerancia	Separación*
<b>Esposa/Pareja</b>	66			
Media		26.06	11.95	11.89
Desv. Est.		7.11	5.14	5.27
<b>Madre</b>	31			
Media		25.29	10.16	9.39
Desv. Est.		5.88	6.20	4.33

\*  $p=0.016$

**Gráfica 1. Mecanismos de afrontamiento en esposas y madres de pacientes alcohólicos (n = 97)**



FAMILIA Y PARENTESCO

### 6.3. Índice de Severidad de la Adicción en pacientes alcohólicos

De acuerdo con la media de cada una de las seis subescalas de este índice tomadas en cuenta en este trabajo de investigación, se observó como se esperaba, que el área de alcohol fue la que tuvo la media más alta, seguida por el área familiar y laboral (Cuadro 6).

**Cuadro 6. Media y desviación estándar de las subescalas del Índice de Severidad de la Adicción (ASI) en pacientes alcohólicos ( N = 100)**

Subescalas	Media de la Subescala	Desv. Estándar
Alcohol	6	2.36
Familia	4.91	1.74
Laboral	4.12	2.36
Psicológica/ Psiquiátrica	2.83	2.35
Médica	1.81	2.36
Legal	0.7	1.37

Baja: 0 – 3, Media: 4-6, Alta: 7-9

La mayoría de los pacientes alcohólicos puntuaron severidad baja en las áreas médica, problemas legales y problemas psicológicos. Severidad media en el área laboral, uso de alcohol y problemas familiares; y severidad alta en las áreas de uso de alcohol, problemas familiares y laborales (Cuadro 7).

TRIS COM

**Cuadro 7. Frecuencias de los pacientes alcohólicos por subescalas del Índice de Severidad de la Adicción (ASI) (N = 100)**

SEVERIDAD	Médica	Laboral	Alcohol	Legal	Familia	Psicológica
<b>Baja</b> (0 - 3)	76	36	1	93	17	62
<b>Media</b> (4 - 6)	20	46	58	6	62	31
<b>Alta</b> (7 - 9)	4	18	41	1	21	7

**6.4. Mecanismos de afrontamiento familiar y el número de años de consumo de alcohol del paciente**

Se observa que en las tres subescalas, el mayor puntaje corresponde al intervalo de 20 a 29 años de consumo de alcohol (Cuadro 8).

Se realizó una prueba de análisis de varianza para identificar las diferencias de los mecanismos de afrontamiento y el número de años de consumo de alcohol del paciente por intervalos. Sin embargo no se encontraron diferencias significativas en ninguna subescala (ANOVA 1 en anexo I).

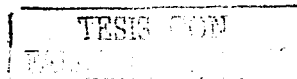
IMPRESO EN COLOMBIA

**Cuadro 8. Medias de las subescalas de los mecanismos de afrontamiento familiar y número de años de consumo de alcohol de los pacientes (N = 100)**

Número de años de consumo de alcohol del paciente	N	Medias de las subescalas de afrontamiento familiar		
		<i>Involucramiento</i>	<i>Tolerancia</i>	<i>Separación</i>
Menos de 9	20	25.30	11.50	9.10
10 – 19	39	25.51	10.64	10.95
20 – 29	28	26.18	12.14	12.43
30 y más	13	25.00	11.62	12.08

**6.5. Mecanismos de afrontamiento y tiempo de convivencia con el paciente alcohólico**

Para determinar las diferencias de los mecanismos de afrontamiento familiar de acuerdo con el tiempo de convivencia con el paciente alcohólico se realizó un análisis de varianza entre la sumatoria de las subescalas de afrontamiento familiar y los años de convivencia por intervalos. No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los casos (Cuadro 9 y ANOVA 3 en anexo I).



**Cuadro 9. Medias de las subescalas de los mecanismos de afrontamiento y tiempo de convivencia de los familiares con el paciente alcohólico (N = 100)**

Tiempo de convivencia de los familiares con el paciente alcohólico (años)	N	Medias de las subescalas de afrontamiento familiar		
		<i>Involucramiento</i>	<i>Tolerancia</i>	<i>Separación</i>
0.5 – 9	34	24.74	11.15	10.71
10 – 19	27	26.85	12.15	11.89
20 – 29	29	25.76	11.86	11.24
30 y más	10	24.60	8.50	10.30

**6.6. Relación de los mecanismos de afrontamiento con el índice de severidad de la adicción y con variables sociodemográficas**

**6.6.1. Mecanismos de afrontamiento e índice de severidad de la adicción**

Se realizaron análisis de varianza con las sumatorias de las subescalas de los mecanismos de afrontamiento y las medias de las áreas de afectación laboral y familiar por nivel de severidad (alta, media y baja). Se realizaron pruebas t con las sumatorias de las subescalas de afrontamiento y las medias de las áreas por uso de alcohol, problemas médicos y problemas psicológicos/ psiquiátricos. Fue necesario agruparlas en dos por nivel de severidad (baja y media vs alta, en uso de alcohol; baja vs media y alta en problemas médicos y problemas psicológicos/psiquiátricos) debido al número de pacientes dentro de cada uno de los niveles de severidad en las áreas ya mencionadas.

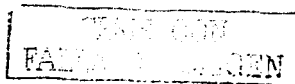


Fue necesario excluir al área de problemas legales por la imposibilidad de hacer comparación alguna, aun agrupando severidad baja (n=93) vs severidad media y alta (n=7) la muestra fue insuficiente para este análisis.

No se encontraron diferencias significativas en ninguna de las áreas del ASI al tratar de relacionarlas por severidades (baja, media y alta) con las tres subescalas de afrontamiento (Cuadros 10 al 14; ANOVA 3 y ANOVA 4 del Anexo I y Cuadros 1 a 3 del Anexo II).

**Cuadro 10. Medias de las subescalas de los mecanismos de afrontamiento familiar y severidades del área LABORAL del ASI en pacientes alcohólicos (N = 100)**

Severidad del área LABORAL del ASI en pacientes alcohólicos	N	Medias de las subescalas de afrontamiento familiar		
		<i>Involucramiento</i>	<i>Tolerancia</i>	<i>Separación</i>
Baja (0-3)	36	25.33	11.33	10.97
Media (4-6)	46	24.83	10.70	11.57
Alta (7-9)	18	28.06	13.11	10.39



**Cuadro 11. Medias de las subescalas de los mecanismos de afrontamiento familiar y severidades del área FAMILIAR del ASI en pacientes alcohólicos (N = 100)**

Severidad del área familiar del ASI en pacientes alcohólicos	N	Medias de las subescalas de afrontamiento familiar		
		<i>Involucramiento</i>	<i>Tolerancia</i>	<i>Separación</i>
Baja (0-3)	17	23.82	10.59	9.53
Media (4-6)	62	26.19	11.42	11.03
Alta (7-9)	21	25.24	11.81	12.76

**Cuadro 12. Mecanismos de afrontamiento familiar y severidades del área de uso de ALCOHOL del ASI en pacientes alcohólicos (N = 100)**

Severidad del área de uso de alcohol del ASI en pacientes alcohólicos	N	Medias de las subescalas de afrontamiento familiar		
		<i>Involucramiento</i>	<i>Tolerancia</i>	<i>Separación</i>
Baja y Media	59	25.81	11.37	11.02
Alta	41	25.27	11.34	11.32

RECIBO



**Cuadro 13. Mecanismos de afrontamiento familiar y severidades del área MÉDICA del ASI en pacientes alcohólicos (N =100)**

Severidad del área médica del ASI en pacientes alcohólicos	N	Medias de las subescalas de afrontamiento familiar		
		<i>Involucramiento</i>	<i>Tolerancia</i>	<i>Separación</i>
Baja	76	25.29	11.01	10.87
Media y Alta	24	26.54	12.46	12.00

**Cuadro 14. Mecanismos de afrontamiento familiar y severidades del área PSICOLÓGICA del ASI en pacientes alcohólicos (N = 100)**

Severidad del área psicológica del ASI en pacientes alcohólicos	N	Medias de las subescalas de afrontamiento familiar		
		<i>Involucramiento</i>	<i>Tolerancia</i>	<i>Separación</i>
Baja	62	25.92	11.00	11.10
Media y Alta	38	25.05	11.95	11.21

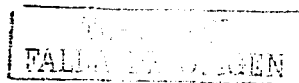
TESIS CONT

Se llevaron a cabo correlaciones de Pearson entre la severidad promedio de cada una de las subescalas del ASI (excluyendo área de drogas, como se mencionó previamente) y las sumatorias de las subescalas de los mecanismos de afrontamiento familiar. Se encontró una correlación inversamente proporcional en el área legal y la subescala de involucramiento ( $r = -0.215$ ,  $p < 0.05$ ); en tanto que en las demás áreas de afectación que evalúa el ASI en los diferentes niveles de severidad y en los mecanismos de afrontamiento familiar las correlaciones obtenidas no fueron estadísticamente significativas (Cuadro 15).

**Cuadro 15. Coeficientes de correlación entre las subescalas del ASI y los mecanismos de afrontamiento familiar ( N = 100 )**

Subescalas del ASI	Mecanismos de afrontamiento familiar por subescalas		
	Involucramiento	Tolerancia	Separación
Médica	.108	.146	.080
Laboral	.095	.027	.051
Alcohol	.006	-.033	.147
Legal	-.215*	-.000	.148
Familiar	.067	.050	.178
Psicológica	-.067	.053	.018

\*  $p < 0.05$



## 6.6.2. Mecanismos de afrontamiento familiar y variables sociodemográficas

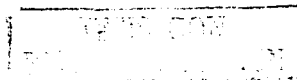
### 6.6.2.1. Edad

Para identificar las diferencias de los mecanismos de afrontamiento de acuerdo con la edad se realizó una prueba de análisis de varianza con las sumatorias de las tres subescalas de afrontamiento y la edad de los familiares por intervalos. Se encontró que el involucramiento y la separación son más utilizados por las mujeres de 41 a 50 años. Mientras que la tolerancia la emplean más los familiares de hasta de 30 años. Al comparar las 3 subescalas del afrontamiento y los intervalos de edad, las diferencias sólo fueron significativas en la subescala de separación en las mujeres de 31 a 40 años y en las mayores de 50 (Cuadro 16, Gráfica 2 y ANOVA 5 en anexo I).

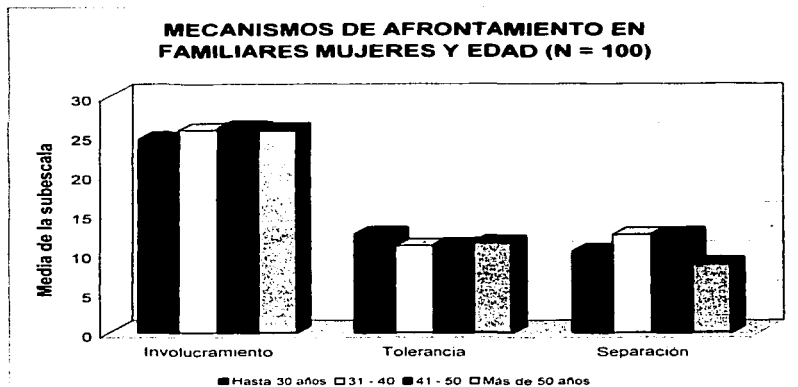
**Cuadro 16. Medias de las subescalas de los mecanismos de afrontamiento y edad de los familiares (años) (N = 100)**

Edad de los familiares (años)	N	Medias de las subescalas		
		<i>Involucramiento</i>	<i>Tolerancia</i>	<i>Separación</i>
Hasta 30	16	24.56	12.50	10.31
31 – 40	35	25.71	11.00	12.40*
41 a 50	24	25.96	11.04	12.42
Más de 50	25	25.72	11.44	8.68*

\*p<0.05



**Gráfica 2. Mecanismos de afrontamiento en familiares mujeres y edad (N = 100)**



#### 6.6.2.2. Escolaridad

Para determinar si existen diferencias entre los mecanismos de afrontamiento y la escolaridad de los familiares, se realizó una prueba de análisis de varianza entre la escolaridad de éstas y las sumatorias de las subescalas de los mecanismos de afrontamiento. Fue necesario agrupar las categorías alfabetos sin escolaridad y primaria. No se encontraron diferencias significativas en ninguna subescala (Cuadro 17 y ANOVA 6 en anexo I).



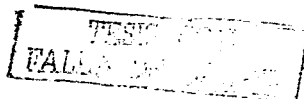
**Cuadro 17. Medias de las subescalas de los mecanismos de afrontamiento y escolaridad de los familiares (N = 100)**

Escolaridad	N	Medias de las subescalas		
		<i>Involucramiento</i>	<i>Tolerancia</i>	<i>Separación</i>
Alfabetos y Primaria	38	25.16	11.82	10.66
Secundaria	20	25.95	12.85	13.35
Preparatoria/est. Técnicos	21	25.29	11.43	10.19
Licenciatura	21	26.33	9.05	10.86

#### **6.7. Variables predictoras de los mecanismos de afrontamiento familiar**

A fin de identificar las variables que predicen el uso de un mecanismo de afrontamiento específico por parte de los familiares se llevaron a cabo diferentes regresiones lineales múltiples con el método de pasos hacia atrás (backward regression) (Feinstein 1996; Manual del usuario, 1998), para lo cual se consideraron de acuerdo con el marco teórico las variables pertinentes, a saber: parentesco, número de años de convivencia del familiar con el paciente, número de años de consumo de alcohol de éste, escolaridad y edad del familiar y las subescalas del índice de severidad de la adicción con excepción del área de uso de drogas y del área de problemas legales.

Se propusieron 10 modelos con las variables mencionadas para las subescalas de afrontamiento familiar: involucramiento, tolerancia y separación. Se eligió el modelo de acuerdo con la  $R^2$  y el nivel de significancia, para seleccionar las variables de cada modelo se tomó en cuenta el coeficiente B estandarizado y la significancia estadística de cada variable. Los modelos seleccionados para cada subescala de afrontamiento familiar se presentan a continuación.



### 6.7.1. Involucramiento

De los modelos que se realizaron, se eligió al que tuvo la  $R^2 = .092$  y variables con significancia menor a .05. El modelo ( $F = 1.906$ ,  $gl = 99$ ,  $p = .101$ ) mostró que las variables que mejor predicen el mecanismo de involucramiento son el parentesco (esposas) ( $p = .008$ ) y edad del familiar ( $p = .038$ ). En el cuadro 18, se observan los coeficientes del modelo de regresión lineal para el mecanismo de involucramiento.

**Cuadro 18. Coeficientes<sup>a</sup> del modelo de regresión lineal para el mecanismo de afrontamiento familiar de involucramiento (N = 100)**

Modelo	Coefficientes estandarizados	t	p
	Beta		
(Constante)		7.529	.000
Parentesco	-.321	-2.731	.008
Edad del familiar	.260	2.103	.038
ASI-médica	.202	1.868	.065
Años de consumo de alcohol	-.128	-1.111	.269
ASI alcohol	-.073	-.633	.528

<sup>a</sup>Variable dependiente: suma de los reactivos correspondientes a la subescala de involucramiento

### 6.7.2. Tolerancia

Se efectuaron 10 modelos para la subescala de tolerancia, de los cuales se eligió al que tuvo una  $R^2 = .119$ ,  $F = 2.530$ ,  $gl = 99$  y  $p = .034$ . La variable que predice que las familiares mujeres utilicen a la tolerancia es la escolaridad ( $p = .017$ ). En el cuadro 19 se observan los coeficientes para este modelo.

TESIS  
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro 19. Coeficientes<sup>a</sup> del modelo de regresión lineal para el mecanismo de afrontamiento familiar de tolerancia (N = 100)**

Modelo	Coeficientes estandarizados		t	p
	Beta			
(Constante)			5.618	.000
Escolaridad del familiar	-.249		-2.425	.017
ASI médica	.199		1.900	.061
Parentesco	-.177		-1.746	.084
Años de convivencia	-.143		-1.385	.169
ASI alcohol	-.114		-1.082	.282

<sup>a</sup>Variable dependiente: suma de los reactivos correspondientes a la subescala de tolerancia

### 6.7.3 Separación

En el modelo ( $R^2 = .096$ ,  $F = 2.515$ ,  $gl = 99$ ,  $p = 0.047$ ), la variable que predice que las familiares mujeres utilicen la **separación** es la edad ( $p = .050$ ). En el cuadro 20 se observan los coeficientes de este modelo.

**Cuadro 20. Coeficientes<sup>a</sup> del modelo de regresión lineal para el mecanismo de afrontamiento familiar de separación (N = 100).**

Modelo	Coeficientes estandarizados		t	p
	Beta			
(Constante)			3.210	.002
Edad del familiar	-.210		-1.988	.050
Años de consumo de alcohol	.191		1.782	.078
ASI familiar	.133		1.257	.212
ASI alcohol	.097		.841	.403

<sup>a</sup>Variable dependiente: suma de los reactivos correspondientes a la subescala de separación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## VII DISCUSIÓN

De acuerdo con la literatura (Orford, 1992; Orford, et al., 1993; Orford, et al., 1997; Orford, et al., 1998, 1998B, 1998C) en familias donde existen problemas de consumo excesivo de alcohol y drogas, se observa que los familiares que más se preocupan por los usuarios, son las mujeres. Aunque en los estudios del grupo de Orford y Natera desde los años noventa, se han incluido a familiares de sexo masculino, esto se ha logrado con mucha dificultad. En las investigaciones referidas, en una muestra de 100 familias mexicanas y 100 familias inglesas, se pudieron entrevistar a 30 y 32 hombres, respectivamente (Orford, et al., 2001). En el presente estudio, en un primer momento se planeó hacer una comparación por género y diferentes roles familiares. Sin embargo, después de un año y medio de coleccionar la muestra, tan sólo se contaba con 3 hombres por lo que se descartaron los casos y se continuó con familiares mujeres. Queda abierta esta línea de investigación.

¿Cómo afrontan las mujeres de esta muestra, el consumo excesivo de alcohol de sus familiares?

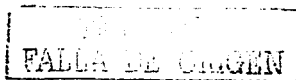
Los hallazgos reportados en la literatura del grupo de Orford y Natera a lo largo de los últimos años, nos dicen que los mecanismos de afrontamiento son estrategias naturales cuasi universales que surgen como respuestas ante el estrés de vivir con un alcohólico y la confusión que provoca una búsqueda constante de nuevas formas para afrontar el problema. Si bien es cierto que se han descrito 8 distintos mecanismos, también se sabe que éstos están interrelacionados, traslapados unos con otros (Orford, et al., 1998). De acuerdo con lo evaluado en este estudio, las esposas utilizan más los distintos tipos de afrontamiento al compararlas con las madres.



En el involucramiento, mayormente empleado por la esposa que por la madre, al paciente, lo controla, lo vigila, le tira sus botellas a la basura, lo hace "jurar", entre otras acciones; o lo tolera, por ejemplo: no hace nada, debe mostrar indiferencia, lo disculpa o lo encubre o le da dinero aun sabiendo que lo gastará en alcohol etc.

Estos hallazgos podrían estar más vinculados con rasgos culturales de la familia mexicana, tales como: la supremacía basada en abnegación y autosacrificio, la descripción de las mujeres como dependientes, conformistas y tímidas, características consideradas como virtudes que las hacen moralmente superiores al hombre, donde ellas además sienten que deben soportar y tolerar el alcoholismo de su esposo (Natera y Holmila, 1990), aunada a la tolerancia cultural que se tiene ante el consumo del alcohol y el que se le considere problemático hasta que se presentan violencia intrafamiliar, afectación de la economía familiar, problemas de salud del usuario o cuando éste tiene una edad más avanzada (Natera, et al., 1997) puede ayudar a entender el panorama en el cual se encuentran inmersas las mujeres de familias donde existen problemas de alcoholismo y drogadicción.

La literatura reporta (Natera, et al., 1999; Orford, et al., 2001) que son principalmente las madres y las esposas, quienes ejercen un rol de "controladoras informales" (Natera y Holmila, 1990) del consumo de alcohol de sus familiares. En el presente estudio, la muestra estuvo constituida predominantemente por esposas. Aunque la literatura señala que "generalmente, las parejas con problemas por consumo excesivo de alcohol suelen estar divorciadas o separadas" (Natera, et al., 1988), en esta muestra predominaron los pacientes casados. Esto podría deberse a los factores culturales familiares en cuanto a las mujeres, mencionados con anterioridad o bien a que ellas podrían minimizar el problema o tener la idea de poder lograr un cambio en la manera de beber de sus parejas. Quizá esto también pudiera explicar el tiempo que las esposas permanecen dentro de esta relación utilizando mecanismos de tolerancia e



involucramiento aunque como se observa, son ellas las que más van a utilizar mecanismos de separación, pues aunque existe la posibilidad de separarse, algunas de las esposas de esta muestra refirieron más de 30 años de convivencia. En este estudio, en los pacientes separados, pudo haber influido su consumo excesivo con el no tener pareja y generalmente regresan con la madre y una vez más la carga emocional recae en las mujeres.

De acuerdo con los resultados de esta investigación, el consumo de alcohol del paciente en la pareja, antecede al tiempo de convivencia del familiar. Es decir, el familiar tal vez inicia la convivencia con usuario antes de que el problema sea mayúsculo, o de que se desarrolle una dependencia (Jackson, 1954; James y Goldman, 1971) lo que ha llevado a sugerir incluso que debería estudiarse este problema desde el noviazgo (Lemert, 1960). Según los hallazgos de este estudio, de manera global, conforme va aumentando el tiempo de convivencia, las mujeres utilizan con menor frecuencia la tolerancia y prácticamente el involucramiento y la separación permanecen sin cambios. Una vez más se observa el rol de la mujer y la creencia de que puede cambiarlo con la convivencia. Sin embargo, pareciera que, paradójicamente, al aumentar la edad de los familiares (entre los 30 y los 50 años), se emplea más frecuentemente la separación, posiblemente esto quiere decir que con el paso del tiempo, las mujeres cambian su forma de afrontar el problema. A través de programas preventivos podría reforzarse el mecanismo de separación (que aparece de manera natural). Por otro lado, el afrontamiento parece ser independiente de la escolaridad de los familiares.

En esta muestra, la mayoría de los pacientes tenían empleo o se subempleaban, siendo una proporción menor aquellos desempleados y probables dependientes económicos de los familiares. Se sabe que los alcohólicos, en la mayoría de los casos tienen serios problemas laborales, por lo que trabajan como comerciantes, choferes y otros oficios donde establecen sus propios horarios y exigencias para protegerse de la pérdida del empleo, aunque sus ingresos sean limitados (Tenorio

y Mendoza, 1998). De acuerdo con el parentesco, se encontró que las esposas afrontan de manera diferente al compararlas con las madres, principalmente en la subescala de separación, la diferencia fue significativa. Esto contrasta con los reportes de la literatura donde se menciona que las esposas utilizan mecanismos de apoyo y tolerancia (tolerancia) y las madres el control, el apoyo y las estrategias emocionales (involucramiento, tolerancia) (Natera, et al., 1997; Orford, et al., 1998). Quizá la diferencia observada en esta muestra podría deberse a que la población fue estudiada en un centro especializado en el tratamiento del alcoholismo y a que tienen una convivencia con el alcohólico de gran duración, a diferencia de los resultados reportados en estudios previos, realizados en población abierta.

El afrontamiento es un proceso cambiante según los estresores y el paso del tiempo (Lazarus, 1993). Se sabe que la manera en cómo los familiares afrontan el problema del alcoholismo de sus seres queridos se modifica a lo largo del tiempo (Jackson, 1954; James y Goldman, 1971). Sin embargo, en esta muestra no se encontraron diferencias significativas entre la frecuencia de uso de los mecanismos de afrontamiento y el tiempo de convivencia con el paciente, tomando en cuenta que el diseño del estudio es transversal y no longitudinal, esta pregunta aun no se puede responder. Sin embargo se puede hipotetizar de acuerdo con el cuadro 9 que la esposa, a mayor convivencia con el alcohólico tarda en utilizar mecanismos de afrontamiento de separación.

Cabe mencionar la importancia que tiene el que la perspectiva del afrontamiento no etiqueta a los familiares, pues los considera como sujetos potenciales de cambio y proporciona a través de los programas de prevención que se han derivado de las mencionadas investigaciones sobre el afrontamiento (Natera, et al., 1995; Natera, et al., 1998) que los familiares encuentren sus propias soluciones a los problemas apoyándose en orientadores con intervenciones breves (Natera, et al., 1999).



Por otra parte y en otro orden de ideas, la Encuesta Nacional de Adicciones de 1998 reportó que el principal problema derivado del consumo excesivo de alcohol fue de tipo familiar y se sabe también que en la mayoría de los casos, los alcohólicos tienen serios problemas laborales (Tenorio y Mendoza, 1998). Los pacientes de esta muestra tuvieron como principales áreas de afectación evaluadas por el ASI, las del uso de alcohol, problemas familiares y laborales.

Según la forma de distribución de los pacientes de acuerdo con la severidad del índice, en esta muestra, las áreas de menor severidad son las de problemas médicos, de problemas legales y problemas psicológico-psiquiátricos.

En lo que respecta al área médica del ASI, la severidad baja en esta área podría relacionarse con el tipo de problemas de salud evaluados, agudos o crónicos no derivados directamente del alcoholismo teniendo el paciente una necesidad baja de tratamiento. A diferencia de lo observado en el área de uso de alcohol donde los pacientes tuvieron severidad media y alta (con excepción de un caso) y esto quizá podría explicarse por la necesidad de tratamiento que presentan los pacientes al momento de solicitar atención en este centro especializado por complicaciones en su salud causadas por el alcoholismo.

Por otra parte, en lo referente a los problemas psicológicos/ psiquiátricos, de acuerdo con los resultados de esta muestra, parecería que los pacientes presentan en su mayoría severidad baja y media, lo que podría traducirse como mayores posibilidades de tratamiento ambulatorio con los pacientes de este centro. Llama la atención esta necesidad de tratamiento baja y media encontrada en esta muestra cuando que en la literatura se reporta que como principal comorbilidad psiquiátrica en el alcoholismo son los problemas afectivos, ansiosos y de personalidad antisocial (Modesto-Lowe y Kranzler, 1999). Quizá hubiera sido conveniente utilizar otros instrumentos o bien de tamizaje o bien diagnósticos si se



hubiera planteado como objetivo el determinar la comorbilidad psiquiátrica en esta población. Esto es una limitación de esta tesis.

Se intentó buscar una relación entre el afrontamiento y las distintas áreas del índice de severidad de la adicción. Únicamente se encontró una correlación inversamente proporcional entre la subescala de involucramiento y el área legal, lo quiere decir que los pacientes con menor necesidad de tratamiento por este tipo de problemas tienen familiares que emplean más el involucramiento. No se logró mediante los análisis realizados la determinación de un agrupamiento particular de los mecanismos de afrontamiento y las diferentes áreas del Índice de severidad de la adicción. Posiblemente, esto signifique que el afrontamiento es independiente de este índice.

Por otra parte al tratar de identificar el perfil de características del familiar que predijera el tipo específico de afrontamiento a utilizar, se encontraron sólo algunas variables significativas en cada uno de los modelos propuestos. De manera general sobresalen para el involucramiento, el parentesco (esposas) y la edad del familiar; para la tolerancia, la escolaridad del familiar y para la separación, la edad del familiar. Esto podría ser una futura línea de investigación.

## VIII CONCLUSIONES

- Las esposas utilizan más que las madres el mecanismo del involucramiento. En las estrategias de tolerancia las esposas tienen mayores puntajes que las madres. El mecanismo de separación lo manejan más las esposas que las madres.
- Existen diferencias en las formas de afrontamiento que utilizan las esposas y las madres del paciente alcohólico, en particular en el mecanismo de la "separación".
- No existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento familiar de acuerdo con el número de años de consumo de alcohol del paciente.
- No existen diferencias entre las estrategias de afrontamiento de acuerdo con el tiempo de convivencia del familiar con el paciente.
- Se identificó el índice de severidad de la adicción mediante la aplicación del ASI en paciente alcohólicos. Áreas afectadas principalmente, uso de alcohol, problemas familiares y problemas laborales.
- No fue posible corroborar la existencia de una relación entre el tipo de afrontamiento y los puntajes de las diferentes áreas del ASI salvo en el área legal. Mayor uso del involucramiento en los familiares de pacientes con menos problemas legales.

TIENE  
FALLA DE CIRCEN

- Las variables que mejor predicen el uso del mecanismo de involucramiento son el parentesco (esposa) y la edad del familiar; del mecanismo de tolerancia, la escolaridad del familiar y del mecanismo de separación, la edad del familiar.
- Al entrevistar a los familiares, clínicamente se detectaron síntomas afectivos y ansiosos, por lo que se les sugirió solicitar una valoración para ser atendidas en este centro, lo que se considera como un acierto de este estudio.

TRIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### **Limitaciones del estudio**

En primer lugar es importante mencionar que el muestreo no fue aleatorio por lo que los resultados no pueden ser generalizados. La poca participación de los roles familiares como hijas y hermanas además de los roles masculinos en este campo impidió conocer las formas de afrontar de este género. Queda aun abierta esta línea de investigación para estudiar a otros familiares masculinos y femeninos y hacer comparaciones por género.

El centro donde se llevó a cabo la investigación concentra población con consumo excesivo del alcohol lo que brinda una oportunidad única para profundizar en este campo. En esta investigación hubiera sido enriquecedor complementar la entrevista clínica de los familiares con instrumentos diagnósticos para documentar la afectación en su salud física y mental.



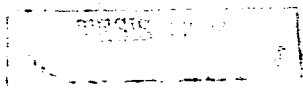


## REFERENCIAS

1. AL-ANON FAMILY GROUP HEADQUARTERS, Inc (1992). Al-Anon faces alcoholism, New York.[Trad. Esp.: Al-Anon se enfrenta al alcoholismo, Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares Al-Anon, México].
2. AL-ANON FAMILY GROUP HEADQUARTERS, Inc (1971). The Dilemma of the Alcoholic Marriage, New York.[Trad. Esp.: El dilema del matrimonio con un alcohólico, Central Mexicana de Servicios Generales de los Grupos Familiares Al-Anon, México].
3. APPLEBY L, DYSON V, ALTMAN E, LUCHINS D (1997). Assessing substance use in multiproblem patients: reliability and validity of the addiction severity index in a mental hospital population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(3): 159-165.
4. BAILEY MB, HABERMAN P, ALKSNE H (1962). Outcomes of alcoholic marriages: endurance, termination or recovery. *Q. J. Stud. Alcohol*, 23: 610 - 623.
5. BEATTIE M (1987). Co-dependent No More. How to stop controlling others and start caring for yourself. Harper & Row, Hazelden Foundation. [Trad. Esp.: Ya no seas codependiente. Cómo dejar de controlar a los demás y empezar a ocuparte de ti mismo. 5ª ed. Promexa Hazelden, México, 1994].
6. CAREY K, COCCO K, CORREIA C (1997). Reliability and validity of the addiction severity index among outpatients with severe mental illness. *Psychological Assessment*, 9 (4): 422-428.
7. CERMAK T (1986). Diagnostic Criteria for Codependency. *Journal of Psychoactive Drugs*, 19 (1): 15-18.
8. COWAN G, BOMMERSBACH M, CURTIS SR. (1995). Codependency, loss of self and power. *Psychol. Women Q.*, 19: 221-236.
9. CUTLAND L (1998). The Codependence Perspective. En Living with Drink. Women who live with problem drinkers. Velleman R, Copello A, Maslin J (Eds.) Longman, London.
10. DAEPPEN JB, BURNAND B, SCHNYDER C (1996). Validation of the addiction severity index in French-speaking alcoholic patients. *Journal of Studies on Alcohol*, 57: 585-590.



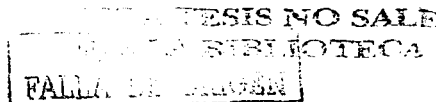
11. DE JONG C, WILLEMS JC, SCHIPPERS G, HENDRIKS V (1995). The addiction severity index: reliability and validity in a Dutch alcoholic population. *International Journal of the Addictions*, 30 (5): 605-616.
12. DOWLING C (1981). *The Cinderella Complex*, Summit Books, Nueva York. [Trad. Esp.: *El complejo de Cenicienta. El miedo de las mujeres a la independencia*. Grijalbo, México, 1996 ].
13. EDWARDS P, HARVEY C, WHITEHEAD PC (1973). Wives of alcoholics: A critical review and analysis. *Q. J. Stud. Alcohol*. 57:305-313.
14. FEINSTEIN AR (1996). *Multivariable Analysis: an introduction*. Yale University Press, Chelsea, Michigan, p.240-241.
15. FINNEY JW, MOOS RH, CRONKITE RC, GAMBLE W (1983). A conceptual model of the functioning of married persons with impaired partners: spouses of alcoholic patients. *Journal of Marriage and the Family*, 45: 4.
16. FOLKMAN S, LAZARUS RS (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21: 219-239.
17. \_\_\_\_\_, LAZARUS RS, DUNKEL-SCHETTER C, DeLONGIS A, GRUEN RJ (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50: 992-1003.
18. FUTTERMAN S (1953). Personality trends in wives of alcoholics. *J. Psychiat. Social Work*, 23: 37-41.
19. GONZÁLEZ FORTEZA CF, PICK S, COLLADO ME, ÁLVAREZ MA, JIMÉNEZ A (1996). Estresores de la sexualidad de los adolescentes y su forma de enfrentarlos. Un estudio exploratorio en México. *Acta Psiquiát. Psicol. Am. Lat.*, 42 (1): 43 - 49.
20. GOTHAM HJ, SHER KJ (1996). Do codependent traits involve more than basic dimensions of personality and psychopathology? *J. Stud. Alcohol*, 57: 34-39.
21. HAAKEN J (1990) A Critical Analysis of Codependence construct. *Psychiatry*, 53, p.396-406.
22. HABERMAN PW (1964). Psychological test score changes for wives of alcoholics during periods of drinking and recovery. *J. Clin. Psychol.*, 20: 230-232.



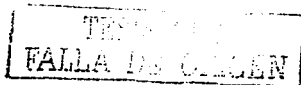
23. HANDS M, DEAR G (1994). Codependency: a critical review. *Drug Alcohol Rev.*, 13: 437-445.
24. HODGINS H, EL GUEBALY N (1992). More data on the addiction severity index, reliability and validity with the mentally ill substance abuser. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (3): 197-201.
25. HURCOM C, COPELLO A, ORFORD J (2000). The family and alcohol: effects of excessive drinking and conceptualizations of spouses over recent decades. *Substance Use and Misuse*, 35 (4), 473-502.
26. INFORMES ANUALES 1992-2002, CAAF, Documentos internos, México.
27. JACKSON JK (1954). The adjustment of the family to the crisis of alcoholism. *Q. J. Stud. Alcohol*, 15:562-586.
28. JACOB T, FAVORINI A, MEISEL S, ANDERSON C. (1978). The alcoholic's spouse, children and family interactions. *J. Stud. Alcohol*, 39 (7): 1231-1251.
29. JAMES E, GOLDMAN M (1971). Behavior trends of wives of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 32: 373-381.
30. KOGAN KL, JACKSON JK. (1965A). Stress concomitants of personal difficulties in wives of alcoholics and non-alcoholics. *Q. J. Stud. Alcohol*, 26: 595-604.
31. KOGAN KL, JACKSON JK. (1965B). Stress personality and emotional disturbance in wives of alcoholics. *Q. J. Stud. Alcohol*, 26: 486-495.
32. KOSTEN T, ROUNSAVILLE B, KLEBER H (1983). Concurrent validity of the addiction severity index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171 (10): 606-610.
33. LAWSON G, PETERSON J, LAWSON A (1983). *Alcoholism and the Family. A guide to treatment and prevention.* Aspen Publishers, Gaithersburg, Maryland.
34. \_\_\_\_\_, FOLKMAN S (1984). *Stress, appraisal and coping.* Nueva York: Springer. En español: *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona, Ed. Martínez Roca (1986).
35. \_\_\_\_\_ (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55: 234- 247.

36. LEMERT EM (1960). The occurrence and sequence of events in the adjustment of families to alcoholism. *Quart. J. Stud. Alc.* 21: 679 – 697.
37. LEWIS MF (1937). Alcoholism and family casework. *Family*, 18: 39-44.
38. Manual del usuario SPSS Base 8.0. (1998). Estados Unidos de América, p.295.
39. McLELLAN T, LUBORSKY L, WOODY G, O'BRIEN CH (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168 (1): 26 – 33.
40. \_\_\_\_\_, LUBORSKY L, WOODY G, O'BRIEN CH, DRULEY KA (1983). Predicting response to alcohol and drug abuse treatments. Role of psychiatric severity. *Archives of General Psychiatry*, 40: 620-625.
41. \_\_\_\_\_, LUBORSKY L, CACCIOLA J, GRIFFITH BA, EVANS F, BARR H, O'BRIEN CH (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (7): 412- 423.
42. MEDINA-MORA M, NATERA G, SOLÍS R (1998). Instituto Mexicano de Psiquiatría: Experiencias en Atención Extrahospitalaria. Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares, CAAF. Trabajo presentado en la reunión conjunta Academia Nacional de Medicina, Coordinación de Institutos Nacionales de Salud "Experiencias en Atención Extrahospitalaria", México, DF, septiembre.
43. MODESTO-LOWE V, KRANZLER H (1999). Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders. *Alcohol Research & Health*, 23 (2):144- 149.
44. MOOS RH, BILLINGS AG (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. Citado en: Marlatt GA, Gordon J (eds): Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York, Guilford Press (1985: 123).
45. \_\_\_\_\_, FINNEY JW, CRONKITE RC (1990). Alcoholism Treatment: Context, Process and Outcome. Oxford: Oxford University Press.
46. MURRELLE L et al., (1991). Consequences of smoking a potent cocaine product: a clinical profile of 424 basuca abusers presenting for treatment in Medellín, Colombia. OPS, Washington.

47. NATERA G, HERREJÓN ME, ROJAS E (1988). Comparación de algunas características de la conducta de las esposas de alcohólicos y de no alcohólicos. *Salud Mental*, 11 (1), marzo: 13- 18.
48. \_\_\_\_\_, ORFORD J (1989). Research for the development of family abilities for the treatment of problems of alcohol abuse. *Documento Interno*. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
49. \_\_\_\_\_ (1990). La familia ante las adicciones. Análisis conceptual de las estrategias para hacer frente al problema. *Documento Interno*. Instituto Mexicano de Psiquiatría.
50. \_\_\_\_\_, NAVA A (1993). La prevención del consumo de alcohol en la familia. *Psicología de la Salud*. Memorias 1er. Congreso Internacional de Psicología y Salud, UNAM, México: 211-215.
51. \_\_\_\_\_, HOLMILA M (1990). El papel de los roles sexuales en la familia y el consumo de alcohol. Una comparación entre México y Finlandia. *Salud Mental*, 13(3): 20-26.
52. \_\_\_\_\_, ORFORD J (1995). Manual destinado a los orientadores de prevención de alcohol y otras drogas para su intervención y apoyo a familias que se enfrentan a problemas de consumo excesivo de sustancias en sus hogares. *Secretaría de Salud, CONADIC*, México.
53. \_\_\_\_\_, MORA J, TIBURCIO M (1997). El rol de las mujeres mexicanas frente al consumo de alcohol y drogas en la familia. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, Vol. XIII, (2): 165-190.
54. \_\_\_\_\_, ORFORD J, TIBURCIO M, MORA J (1998). Prevención del consumo del alcohol y drogas en el trabajador y sus familiares. Manual para el orientador. Primera edición, México.
55. \_\_\_\_\_, MORA J, TIBURCIO M (1999). Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental*, número especial: 114-120.
56. \_\_\_\_\_, TIBURCIO M, MORA J, ORFORD J (1999). La prevención en las familias que sufren por el consumo excesivo de alcohol y drogas de un familiar. *Psicología Iberoamericana*, 7 (4): 47 - 54.
57. \_\_\_\_\_, VALENCIA E (2001). Centro de Atención al Alcohólico y sus Familiares (CAAF). Una experiencia de atención al alcoholismo en México. en: Ayala H y Echeverría L (comp.) Tratamiento de Conductas Adictivas. Facultad de Psicología, UNAM, México.



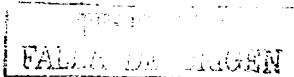
58. \_\_\_\_\_, TENORIO R, FIGUEROA E, RUIZ G (2002). Espacio urbano y las adicciones: un estudio etnográfico sobre alcoholismo en el Centro Histórico de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 25 (4), agosto: 17-31.
59. NORWOOD R. (1985). Women who love too much, Jeremy Tarcher, Inc. [Trad. Esp.: Las Mujeres que aman demasiado. 40ª. Ed, Javier Vergara, Buenos Aires, 1999].
60. ORFORD J, GUTHRIE S (1968). Coping behavior used by wives of alcoholics; a preliminary investigation. Proc 28<sup>th</sup> Int. Congr. Alcohol Alcoholism, 1, p. 97.
61. \_\_\_\_\_ (1975). Alcoholism and marriage: The argument against specialism. *J. Stud. Alcohol*, 36 (11): 1537-1563.
62. \_\_\_\_\_, GUTHRIE S, NICHOLLS P, OPPENHEIMER E, EGERT S, HENSMAN C (1975). Self-reported coping behavior of wives of alcoholics and its association with drinking outcome. *J. Stud. Alcohol*, 36(9): 1254-1267.
63. \_\_\_\_\_ (1990). Coping with addiction in the family linking substantive and grand theory, presented at a conference on Social Psychiatry, Present and Future, Edinburgh, Scotland, October.
64. \_\_\_\_\_ (1992). Control, confront or collude: how family and society respond to excessive drinking. *British Journal of Addiction*, 87: 1513 – 1525.
65. \_\_\_\_\_, RIGBY K, MILLER T, TOD A, BENNETT G, VELLEMAN R (1992). Ways of coping with excessive drug use in the family: A provisional typology based on the accounts of 50 close relatives. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2: 163 –183.
66. \_\_\_\_\_, NATERA G, CASCO M, NAVA A, OLLINGER E (1993). Estrategias que utiliza la familia en México frente al uso del alcohol y otras drogas. Metodología para un estudio de viabilidad, *Secretaría de Salud*, México.
67. \_\_\_\_\_ (1996). Coping Questionnaire. School of Psychology, University of Birmingham.
68. \_\_\_\_\_, NATERA G, COPELLO A, MORA J, VELLEMAN R (1997). Coping with alcohol and drug problems in English and Mexican families: a cross-cultural comparison. *Documento Interno*, IMP, México.



69. \_\_\_\_\_ (1998). The Coping Perspective. En Living with Drink. Women who live with problem drinkers. Velleman R, Copello A, Maslin J (Eds.): 128 - 149 (London, Longman).
70. \_\_\_\_\_, NATERA G, DAVIES J, NAVA A, MORA J, RIGBY K, BRADBURY C, BOWIE N, COPELLO A, VELLEMAN R (1998). Tolerance, engage or withdraw: a study of the structure of families coping with alcohol and drug problems in South West England and Mexico City. *Addiction*, 93 (12): 1799-1813.
71. \_\_\_\_\_, NATERA G, DAVIES J, NAVA A, MORA J, RIGBY K, BRADBURY C, COPELLO A, VELLEMAN R (1998B). Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental*, 21 (1): 1-13.
72. \_\_\_\_\_, NATERA G, DAVIES J, NAVA A, MORA J, RIGBY K, BRADBURY C, COPELLO A, VELLEMAN R (1998C). Social support in coping with alcohol and drug problems at home: findings from Mexican and English families. *Addiction Research*, 6 (5): 395 - 420.
73. \_\_\_\_\_, NATERA G, VELLEMAN R, COPELLO A, BOWIE N, BRADBURY C, DAVIES J, MORA J, NAVA A, RIGBY K, TIBURCIO M (1999). Tolerant-inaction is bad for the health of relatives coping with drug and alcohol problems in Mexico and England. *Documento interno*, IMP, México.
74. \_\_\_\_\_, NATERA G, VELLEMAN R, COPELLO A, BOWIE N, BRADBURY C, DAVIES J, MORA J, NAVA A, RIGBY K, TIBURCIO M, (2001). Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. *Addiction*, 96: 761 - 774.
75. PRICE GM (1945). A study of the wives of twenty alcoholics. *Quart. J. Stud. Alc.*, 5: 620 - 627.
76. PUENTE F, TENORIO R (1982). Centro de ayuda al alcohólico y a su familia. Aspectos sociodemográficos y perfiles de la población consultante. *Salud Mental*, 5: 60-65.
77. RAE JB, FORBES AR (1966). Clinical and psychometric characteristics of the wives of alcoholics. *Br. J. Psychiatry*, 112, 197-200.
78. SANDÍ LE, ÁVILA K (1989). Adaptación y Validez del Índice de Gravedad de la Adicción en un grupo de población costarricense. *Bol. of Sanit. Panam.*, 107(6): 561-567.

FALLA

79. SCHEURICH A, MÜLLER MJ, WETZEL H, ANGHELESCU I, KLAWE C, RUPPE A, LÖRCH B, HIMMERICH H, HEIDENREICH M, SCHMID G, HAUZINGER M, SZEGEDI, A (2000). Reliability and validity of the German versión of the European addiction severity index (EuropAsi). *J. Stud. Alcohol*, 61: 916 – 919.
80. SECRETARIA DE SALUD (1998). Encuesta Nacional de Adicciones. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Citado en: NATERA G, TIBURCIO M, MORA J, ORFORD J (1999). La prevención en las familias que sufren por el consumo excesivo de alcohol y drogas de un familiar. *Psicología Iberoamericana*, 7 (4): 47 - 54.
81. SOLÍS L, FRAGOSO E (sin fecha). Índice de Severidad de la Adicción ASI – CAAF (Adaptación). Instructivo Simplificado de Aplicación. Documento interno, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México.
82. SOLÍS L, GUÍZAR F (1996). Modelo de intervención del Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares. *Salud Mental*, (19): 39-43, Suplemento abril.
83. SOLÍS L (1998). Determinación de la Severidad de la Adicción y su Utilidad en la Elección del Tratamiento, ponencia presentada en la 2a. Reunión de grupo de expertos sobre la reducción de la demanda de la OEA: CICAD, Cd. de México, marzo.
84. TENORIO R, MENDOZA C (1998). La estructura familiar del alcohólico. *Trabajo Social*, 22: 40-46.
85. TORRES DE GALVIS, Y (1993). Validación y utilización de instrumentos clínico investigativos en salud mental y farmacodependencia. *Fundación Universitaria Luis Amigó*. Medellín, Colombia.
86. VELLEMAN R, BENNETT G, MILLER T, ORFORD J, RIGBY K, TOD A (1993). The families of problem drug users: a study of 50 close relatives. *Addiction*, 88: 1281- 1289.
87. WISEMAN J (1991). The Other Half. Wives of Alcoholics and their social and psychological situation. Aldine de Gruyter, New York.





ANEXO I

**ANOVA 1. Mecanismos de afrontamiento familiar y número de años de consumo de alcohol del paciente (N = 100)**

Mecanismos de afrontamiento familiar		Suma de cuadrados	Media de cuadrados	gl	F	p	Scheffé p
Involucramiento	Grupo	16.139	5.380	3	0.113	0.953	.958
	Error	4584.051	47.751	96			
	Total	4600.190		99			
Tolerancia	Grupo	38.560	12.853	3	0.422	0.738	.852
	Error	2924.480	30.463	96			
	Total	2963.040		99			
Separación	Grupo	142.562	47.521	3	1.816	0.149	.220
	Error	2511.478	26.161	96			
	Total	2654.040		99			

**ANOVA 2. Mecanismos de afrontamiento y tiempo de convivencia de los familiares con el paciente alcohólico (N = 100)**

Mecanismos de afrontamiento familiar		Suma de cuadrados	Media de cuadrados	gl	F	p	Scheffé p
Involucramiento	Grupo	142.580	20.369	7	.420	.887	0.784
	Error	4457.610	48.452	92			
	Total	4600.190		99			
Tolerancia	Grupo	280.235	40.034	7	1.373	.226	0.224
	Error	2682.805	29.161	92			
	Total	2963.040		99			
Separación	Grupo	150.758	21.537	7	.792	.596	0.821
	Error	2503.282	27.210	92			
	Total	2654.040		99			

IMPRESIONADO  
FALLA DE ORIGEN

**ANOVA 3. Área LABORAL del ASI y los mecanismos de afrontamiento familiar (N = 100)**

Mecanismos de afrontamiento familiar		Suma de cuadrados	Media de cuadrados	gl	F	p	Scheffé p
Involucramiento	Grupo	138.637	69.318	2	1.507	.227	0.203
	Error	4461.553	45.995	97			
	Total	4600.190		99			
Tolerancia	Grupo	75.523	37.762	2	1.269	.286	0.252
	Error	2887.517	29.768	97			
	Total	2963.040		99			
Separación	Grupo	19.486	9.743	2	.359	.699	0.696
	Error	2634.554	27.160	97			
	Total	2654.040		99			

**ANOVA 4. Área FAMILIAR del ASI y los mecanismos de afrontamiento familiar (N = 100)**

Mecanismos de afrontamiento familiar		Suma de cuadrados	Media de cuadrados	gl	F	p	Scheffé p
Involucramiento	Grupo	78.232	39.116	2	.839	.435	0.481
	Error	4521.958	46.618	97			
	Total	4600.190		99			
Tolerancia	Grupo	14.587	7.294	2	.240	.787	0.741
	Error	2948.453	30.396	97			
	Total	2963.040		99			
Separación	Grupo	100.060	50.030	2	1.900	.155	0.094
	Error	2553.980	26.330	97			
	Total	2654.040		99			

**ANOVA 5. Mecanismos de afrontamiento en familiares mujeres y edad (N = 100)**

Mecanismos de afrontamiento familiar		Suma de cuadrados	Media de cuadrados	gl	F	p	Scheffé p
Involucramiento	Grupo	21.111	7.037	3	.148	.931	.925
	Error	4579.079	47.699	96			
	Total	4600.190		99			
Tolerancia	Grupo	27.922	9.307	3	.304	.822	.837
	Error	2935.118	2935.118	96			
	Total	2963.040	2963.040	99			
Separación	Grupo	256.929	85.643	3	3.430	.020	.098
	Error	2397.111	24.970	96			
	Total	2654.040		99			

**ANOVA 6. Mecanismos de afrontamiento y escolaridad de los familiares (N = 100)**

Mecanismos de afrontamiento		Suma de cuadrados	Media de cuadrados	gl	F	p	Scheffé p
Involucramiento	Grupo	23.235	7.745	3	.162	.921	.953
	Error	4576.955	47.677	96			
	Total	4600.190		99			
Tolerancia	Grupo	164.684	54.895	3	1.883	.138	.130
	Error	2798.356	29.150	96			
	Total	2963.040		99			
Separación	Grupo	127.128	42.376	3	1.610	.192	.227
	Error	2526.912	26.322	96			
	Total	2654.040		99			

TRABAJO DE GRADUACIÓN  
FALLA DE CARGEN

## ANEXO II

**Cuadro 1. Mecanismos de afrontamiento familiar y severidades del área de uso de ALCOHOL del ASI en pacientes alcohólicos (N = 100)**

Afrontamiento	Severidad del área de uso de ALCOHOL del ASI en pacientes alcohólicos	N	Media	Dev. est.	Media del error est.	t	p
Involucramiento	Baja y Media	59	25.81	6.11	.80	.392	.696
	Alta	41	25.27	7.79	1.22		
Tolerancia	Baja y Media	59	11.37	5.41	.70	.028	.978
	Alta	41	11.34	5.63	.88		
Separación	Baja y Media	59	11.02	5.01	.65	-.284	.777
	Alta	41	11.32	5.47	.85		

**Cuadro 2. Mecanismos de afrontamiento familiar y severidades del área MÉDICA del ASI en pacientes alcohólicos (N =100)**

Afrontamiento	Severidad del área MÉDICA del ASI en pacientes alcohólicos	N	Media	Desv. est.	Media del error est.	t	p
Involucramiento	Baja	76	25.29	6.56	.75	-.783	.436
	Media y Alta	24	26.54	7.64	1.56		
Tolerancia	Baja	76	11.01	5.59	.64	-1.130	.261
	Media y Alta	24	12.46	5.01	1.02		
Separación	Baja	76	10.87	5.05	.58	-.933	.353
	Media y Alta	24	12.00	5.59	1.14		

**Cuadro 3. Mecanismos de afrontamiento familiar y severidades del área PSICOLÓGICA del ASI en pacientes alcohólicos (N = 100)**

Afrontamiento	Severidad del área PSICOLÓGICA del ASI en pacientes alcohólicos	N	Media	Desv. est.	Media del error est.	t	p
Involucramiento	Baja	62	25.92	6.85	.87	.615	.540
	Media y Alta	38	25.05	6.82	1.11		
Tolerancia	Baja	62	11.00	5.62	.71	-.839	.403
	Media y Alta	38	11.95	5.24	.85		
Separación	Baja	62	11.10	5.35	.68	-.106	.916
	Media y Alta	38	11.21	4.95	.80		

TRABAJO CON  
FAMILIA DE ORIGEN